

Univerzita Karlova v Praze

Pedagogická fakulta

Katedra speciální pedagogiky

## BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Využití kognitivně – behaviorální terapie u klientů s poruchami autistického spektra

The use of cognitive behavioural therapy for individuals with autistic spectrum disorders

Milada Macháčková

Vedoucí práce: PhDr. Lenka Felcmanová, Ph.D.

Studijní program: Speciální pedagogika

Studijní obor: B SPPG

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Využití kognitivně – behaviorální terapie u klientů s poruchami autistického spektra vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 12. 6. 2016

.....

Milada Macháčková

Děkuji všem zúčastněným osobám za vstřícnou pomoc a cenné rady při psaní mé práce. Velice si vážím jejich času, který si k tomu vyhradili, a trpělivosti, které se mi z jejich strany dostalo.

## **ANOTACE**

Tématem mojí bakalářské práce je využití kognitivně – behaviorální terapie (KBT) u klientů s poruchami autistického spektra (PAS) se zacílením na problémy sociální složky této pervazivní vývojové poruchy. Sociální neobratnost, špatná orientace ve vztazích, odtazitost a podobné charakteristiky typické pro PAS jsou sice její neodmyslitelnou součástí, ale to, že vstupování do vztahů není pro onoho jedince funkční, nemusí nutně znamenat, že po něm netouží. KBT do tohoto systému v dnešní době vstupuje jako jedna z mála psychoterapeutických metod, která je uváděna jako vhodný nástroj podpory.

Teoretickými východisky práce bude představení KBT jako psychoterapeutického směru, s jeho historií a aktuálním vývojem. Dále budou popsány PAS a seznámení s tou částí poruch, pro které lze KBT nejefektivněji využívat.

V praktické části práce bude představeno využití KBT u klienta s Aspergerovým syndromem.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

psychoterapie, kognitivně-behaviorální terapie, poruchy autistického spektra, autismus, Aspergerův syndrom

## **ANNOTATION**

In my thesis I describe the application of cognitive behavioral therapy (CBT) to patients with autism-spectrum disorders (ASD), with special attention to the social aspects of this pervasive developmental disorder. Social ineptitude, bad orientation in relationships, reserved behaviour and similar characteristics are typical of ASD, but it does not necessarily follow that an individual who has difficulties to enter into relationships does not desire to do so. These days, CBT enters this system as one of a few demonstrably effective methods.

As the theoretical background for the thesis I present CBT as a school

of psychotherapy, with its history and current development. Further, I characterize ASD and present the section of the spectrum in which CBT will be used the most.

The practical part will present the application of CBT to a client with Asperger syndrome.

## **KEYWORDS**

psychotherapy, cognitive behavioral therapy, autistic spectrum disorders, autism, Asperger syndrome

## Obsah

Obsah.....	5
1. Úvod .....	7
2. Vymezení a diagnostická kritéria poruch autistického spektra .....	10
2.1. Pervazivní vývojové poruchy .....	10
3. Aspergerův syndrom .....	11
3.1. Dějiny Aspergerova syndromu .....	11
3.2. Odborný zájem o Aspergerův syndrom.....	13
3.3. Vymezení terminologie .....	14
3.4. Teorie vzniku Aspergerova syndromu .....	15
3.5. Triáda postižení .....	17
3.5.1. Porucha v oblasti sociální interakce .....	17
3.5.2. Porucha v oblasti verbální i neverbální komunikace .....	17
3.5.3. Představitost, stereotypie .....	18
4. Kognitivně behaviorální teorie .....	19
4.1. Charakteristika KBT.....	19
4.2. Historie vzniku KBT .....	20
4.3. Metody KBT.....	23
4.3.1. Motivace a vztah.....	23
4.3.2. Behaviorální metody .....	24
4.3.3. Kognitivní metody.....	28
4.3.4. Mentální mapy a kognitivní schémata.....	28
4.4. Využití KBT u AS.....	31
5. Výzkumná část .....	34
5.1. Metodologie a metody .....	34
5.2. Kvalitativní výzkum .....	34
5.2.1. Případová studie .....	35
6. Případová studie – Jakub a KBT .....	36
6.1. Poprvé v psychoterapeutické ordinaci.....	40
6.1.1. Společná tvorba „zakázky“ .....	41
6.2. Začínáme – sběr anamnestických údajů a dohoda o zakázce .....	42
6.3. Seznámení s funkční analýzou a další KBT edukace .....	43
6.4. Čím to začalo... ..	43

6.5.	Edukace o úzkosti.....	46
6.6.	Automatické negativní myšlenky a behaviorální experimenty .....	48
6.7.	Osvojení KBT technik a odchod z terapie.....	53
7.	Závěr.....	54
8.	Seznam použitých informačních zdrojů .....	56

# 1. Úvod

Jako téma své bakalářské práce jsem si vybrala využití kognitivně – behaviorální terapie (KBT) u osoby s Aspergerovým syndromem.

Klienti přicházející s touto diagnózou nejsou navenek ničím odlišní, což jim možná přináší do života o to větší komplikace. Nepotřebují měnit, ale hledat a nacházet funkční nástroje, které jim zlepší kvalitu života a umožní jim se lépe orientovat v sobě i ve světě. Jedním z vhodných nástrojů, který jim při tom může pomoci, je KBT.

*„Nejrůznější formy podivného chování lidí s autismem jsou jen způsobem, jak se vyrovnat s odlišně pracujícím mozkem, který nebyl stvořen pro bytí v této společnosti. A to je pravda, i když se Vám to zdá podivné nebo zbytečné. Tyto nejrůznější vyrovnávací strategie by neměly být potlačovány, ale je třeba na nich stavět takovým způsobem, aby mohly být použity ve prospěch zmíněné osoby. To, co lidé s autismem potřebují nejvíce, je, aby byli přijímáni nejenom lidmi kolem sebe, ale i ostatními takoví, jací jsou.“<sup>1</sup>*

Když jsem hledala téma své bakalářské práce a procházela jsem si již hotová díla jiných studentů a rady, jak nejlépe svojí práci pojmout, utkvěla mi v hlavě asi ta nejjednodušší obecná otázka – proč by mojí práci měli čtenáři vůbec otevřít a pustit se do čtení? Proč se zabývat tématem, které jsem si zvolila?

Výběr tématu mě napadl během mého zaměstnání v neziskové organizaci a dalšího studia. Setkávala jsem se s mladými lidmi, kteří buď jako děti či později v dospívání zjistili, proč je jejich vnímání světa takové, jaké je. Kratší či klikatou a spletitou cestou došli k diagnóze poruch autistického spektra. Jejich život byl komplexně prochnut pervazivní vývojovou poruchou, vrozenou záležitostí, která nepotřebuje ze své vlastní podstaty nijak léčit ani medikovat. Komplikace mohou (ale nemusí) během života přijít z důvodu jiného vnímání reality a následného dysfunkčního jednání, které situaci zacykluje a zhoršuje. Z důvodu nedostatečného nadhledu a třeba zkušenosti se problém kumuluje, rozšiřuje a je z něho těžké nalézt cestu ven. Klientovi se zhoršuje kvalita života a vyvstává otázka, co s tím dál.

---

<sup>1</sup> [online]. [cit. 2015-06-01]. Dostupné z: <http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=814>



Pokud si z praxe představím rodiče klienta s AS či jeho samotného dospělého, stojícího na zamotané křižovatce aktuálních potíží se sebou samým a okolním světem, je velice složité vstoupit do systému péče a hledat někde pomoc. Co neznám a čemu nerozumím, to ve mně vzbuzuje úzkost. Klient dokáže maximálně popsat problémy, které ho zrovna trápí, ale už nemá přesnou představu, kam směřovat své snažení, aby je vyřešil. Neví, koho nejlépe kontaktovat, má obavy.

Většina laické veřejnosti netuší, co si představit pod pojmem psychoterapeut. Nemá představu o tom, že je velké množství terapeutických škol, přičemž každá používá v terapii jiné techniky a nástroje.

Nejčastěji jsem se v praxi setkala s podobnými odpověďmi, že psychoterapie je nejspíše nějaká terapie vztahem a to není pro klienty s AS asi to pravé. Navzdory tomu v odborné literatuře často nacházíme zmínku, že kognitivně – behaviorální terapie je jednou z nejúčinnějších metod práce s klienty s autistickým spektrem, konkrétně s AS<sup>2</sup>. Tak jak to tedy je, pokud se na to podíváme podrobněji?

A to se stalo tématem mé bakalářské práce, zmapovat využitelnost KBT u klientů s AS. Chtěla jsem svým zpracováním výše uvedeného tématu bakalářské práce zaplnit tuto informační mezeru a pomoci se po předčtení textu čtenáři lépe orientovat v tom, jak pracuje KBT, proč je účinná v případech klientů s AS a jak průběh terapie vypadá. Jaké funkční nástroje si může klient odnést do běžného života, apod. Ale hlavně – pokud je pro nás něco známé, rozumíme tomu, je pro nás mnohem lehčí se odhodlat a pomoc vyhledat. Je šance, že se tak zkrátí doba, kdy se něčím trápíme, a klesne riziko, že se naše problémy rozrostou do nedozírných dálek (někdy bohužel i do autoagrese či suicida).

Toť malá naděje, že by moje práce mohla být někomu třeba prospěšná, ať klientovi či jeho rodině, která bude hledat v případě potíží informace, co dělat dál, a po jejím přečtení se jednodušeji rozhodne vyhledat potřebnou pomoc.

Ve své práci bych se chtěla prostřednictvím případové studie ponořit hlouběji do metodiky kognitivně – behaviorální terapie. Ráda bych popsala, jak si metody KBT postupně osvojil klient s poruchou autistického spektra, konkrétně s Aspergerovým syndromem, který díky svým problémům vyhledal psychoterapeutickou péči.

---

<sup>2</sup> [online]. [cit. 2015-11-05]. Dostupné z: <http://www.autismus.cz/odborne-clanky/pr-ce-s-dysfunkcnimi-kognitivnimi-schematy-ulidi-s-aspergerovym-synd-2.html>

Chtěla bych zmapovat využitelnost kognitivně – behaviorální terapie jako nástroje korelujícího a respektujícího charakteristiku jeho speciálních potřeb, který mu navíc může pomoci i v budoucnosti v dalším fungování v kooperaci s majoritní společností.

## 2. Vymezení a diagnostická kritéria poruch autistického spektra

Diagnostika poruch autistického spektra je založena na souboru symptomů, vyjmenovaných v Mezinárodní statistické klasifikaci nemocí a přidružených zdravotních problémů MKN-10. Aspergerův syndrom nalezneme v sekci F80-F89 Poruchy psychického vývoje.

Všechny druhy autistických poruch mají společné rysy:

1. *začátek je vždy v útlém nebo dětském věku*
2. *narušení nebo opoždění vývoje funkcí úzce souvisí s biologickým zráním CNS*
3. *průběh je stálý bez remisí a relapsů, které jsou charakteristické pro četné duševní poruchy*

Ve většině případů je zasažena řeč, motorická koordinace a vizuálně prostorové dovednosti. Charakteristické je zmírňování symptomů v závislosti na dospívání. V anamnéze obvykle nalezneme narušení od tak raného věku, jak jen je možné je spolehlivě odhalit, a nikdy se v ní nevyskytlo stádium normálního vývoje. Výskyt je několikrát častější u chlapců.

Pro poruchy psychického vývoje je typické, že podobné potíže nalezneme v rodinné anamnéze. Lze tedy klást důraz, byť ne v kompletně všech případech, na genetické faktory. Narušení ovlivňuje prostředí, ale nemá prvořadý význam.<sup>3</sup>

### 2.1. Pervazivní vývojové poruchy

Skupina pervazivních vývojových poruch je charakterizována zhoršením komunikace, sociálních interakcí a vstupováním do nich, a stereotypně se opakujícím repertoárem zájmů a aktivit. Stupeň kvalitativní abnormality může být různý, je však dominantním rysem chování ve všech situacích. Vývoj vykazuje abnormality od útlého věku, projevy se ukazují v průběhu prvních pěti let. Chování vykazuje příznaky kognitivního narušení, ale odlišuje se od mentální retardace.

---

<sup>3</sup> Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10 : desátá revize : aktualizovaná verze k 1. 1. 2009. 2., aktualiz. vyd. Praha: Bomton Agency, 2008, 860 s. ISBN 978-809-0425-903, str. 184-195

### 3. Aspergerův syndrom

Aspergerův syndrom je stejný typ kvalitativních poruch typických pro autismus, byť se primárně liší tím, že zde nenacházíme celkové zpoždění či retardaci řeči ani kognitivního vývoje. Inteligence je průměrná, výskyt u chlapců v poměru k dívkám je 8:1. Abnormality přetrvávají do dospělosti, představují prostředím neovlivnitelné individuální charakteristiky. V rané dospělosti můžeme nalézt psychotické epizody.<sup>4</sup>

#### 3.1. Dějiny Aspergerova syndromu

Téměř před padesáti lety si dětský lékař Hans Asperger, mající ordinaci ve Vídni, povšiml souboru příznaků a vzorců chování, které byly velmi specifické. Nalézal je především u chlapců, kterým v enormní míře chyběla empatie, nedokázali navázat a udržet si přátelské kontakty a když se pokoušeli konverzovat, nebylo pro ně nutné, aby na jejich pokusy někdo reagoval, netrvali na tom. Záliby měli zvláštní a intenzivně je prožívali, anomálie se daly nalézt i v jejich pohybovém vzorci, byli nemotorní a těžkopádní. Toto seskupení symptomů doktora Aspergera však zůstalo ještě dlouho bez povšimnutí...

Termín Aspergerův syndrom byl poprvé použit v roce 1981, kdy jej v odborné publikaci uvedla Lorna Wingová. Její pacienti byli se souborem chování téměř shodní jako čtyři uvedení chlapci v disertační práci Hance Aspergera z roku 1944. Lišili se od svých vrstevníků v oblasti sociální, kognitivní a jazykové. V té době je doktor Asperger charakterizoval jako osoby s poruchou osobnosti, tzv. autistickou psychopatií. I přesto, že jeho práce nebyla vzata v potaz, svých zjištění se držel, a pro své pacienty založil i oddělení se specializovanou péčí, jehož vedoucí se stala řádová sestra Viktorie. Pacienti se účastnili řečové terapie, tělesných cvičení a důraz byl kladen i na nácvik sociálních situací a přehrávání rolí.<sup>5</sup>

Lorna Wingová dále pracovala na vymezování klinických příznaků Aspergerova syndromu, protože v té době byla odborná veřejnost již seznámena i s prací krajana doktora

---

<sup>4</sup> *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10 : desátá revize: aktualizovaná verze k 1. 1. 2009.* 2., aktualiz. vyd. Praha: Bomton Agency, 2008, 860 s. ISBN 978-809-0425-903, str. 199

<sup>5</sup> ATTWOOD, Tony. *Aspergerův syndrom: porucha sociálních vztahů a komunikace.* Vyd. 1. Překlad Dagmar Brejlová. Praha: Portál, 2005, 203 s. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-717-8979-8, str. 14-17

Aspergera, amerického dětského psychiatra Leo Kanner. Ten se narodil r. 1894 v Rakousku, v roce 1924 se přestěhoval do Spojených států, kde 1930 založil dětskou psychiatrickou službu. V roce 1935 publikoval své hlavní dílo *Dětská psychiatrie* a napsal více než 250 odborných článků. Od roku 1943 byl jeho hlavní náplní časný dětský autismus, který tentýž rok popsal jako jakousi opakující se neschopnost vstupovat do biologicky podmíněného afektivního kontaktu s lidmi, „extrémní autistickou osamělost“.

V témže roce se v článku *Autistické poruchy afektivního kontaktu* pokusil o přesnější definici a vymezení pacientů. Jednalo se hlavně o děti, které se svými projevy lišily od pacientů se schizofrenií, od pacientů se sníženým intelektem či s narušeným sluchovým aparátem. Od schizofreniků je odlišovalo to, že jejich podivné projevy v chování začaly už v raném dětství (od časného narození) a na rozdíl od hluchých dětí se kontaktu nedožadovaly, nebyly mu ani při veškeré snaze přístupné. Schizofrenie, pocházející z latinského „schizis“ – rozštěp, atakuje pacienta kolem dvacátého roku věku. Řeč stejně jako u autistů ztrácí sdělovací funkci, dochází k přerušení kontaktů se skutečností a poruchám kontrolních a informativních činností.<sup>6</sup>

Doktor Kanner uváděl charakteristiku pacientů s příznaky mnohem těžšími než doktor Asperger. Pokud je jednoduše shrneme, jeho typické dítě bylo nekomunikující, žijící ve vlastním světě s poruchou kognitivních funkcí. Jeho práce byla, na rozdíl od nasbíraných informací doktora Aspergera, označována jako objev a popsání autismu.<sup>7</sup> Postupně do roku 1943 identifikoval ze všech svých pacientů, kteří k němu přijížděli i ze značné vzdálenosti, jedenáct dětí, jejichž neschopnost vstupovat do sociálních vztahů nazval „early infantce autism“. Raným začátkem měl na mysli asi čtvrtý měsíc života, čímž autismus vymezil např. od výše uvedené schizofrenie jako vrozenou poruchu afektivního kontaktu.<sup>8</sup>

Lorna Wingová následně upozorňovala na to, že existují děti, která mají specifické autistické příznaky již od raného dětství, ale jejich řeč není narušena, rozvine se v plné míře a dokonce projevují zájem i o mezilidskou interakci. Nesplňují tedy typická kritéria doktora

---

<sup>6</sup> NESNÍDALOVÁ, Růžena. *Extrémní osamělost*. 2., opravené a doplněné vyd. Praha: Portál, 1995, 163 p. Speciální pedagogika (1994). ISBN 80-717-8024-3, str.11-12

<sup>7</sup> ATTWOOD, Tony. *Aspergerův syndrom: porucha sociálních vztahů a komunikace*. Vyd. 1. Překlad Dagmar Břejlová. Praha: Portál, 2005, 203 s. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-717-8979-8, str. 14

<sup>8</sup> NESNÍDALOVÁ, Růžena. *Extrémní osamělost*. 2., opravené a doplněné vyd. Praha: Portál, 1995, 163 p. Speciální pedagogika (1994). ISBN 80-717-8024-3, str. 18

Kannera, ale jejich chování přesně odpovídá příznakům, jež byly popsány v roce 1944. Položila tím jeden ze základů vymezení Aspergerova syndromu.<sup>9</sup>

### 3.2. Odborný zájem o Aspergerův syndrom

1954 je datován první sjezd, konající se v Holandsku, kde se řešily otázky výzkumu autismu v raném dětství. Od roku 1962 vzniká v Anglii a Francii první organizovaná společnost zabývající se dětmi s těžkými poruchami kontaktu<sup>10</sup>.

Mezi žáky doktora Kannerova patřil i japonský doktor Mikita, snažící se o vypracování přesnější diagnostiky. Dotazník pro rodiče dětí s projevy časného dětského autismu navrhl až dětský psycholog Rimland a pomohl tím odlišit zvláštnosti vývoje svých pacientů zhruba do věku pěti a půl let. Autismus jako důsledek možné hluboké organické příčiny zmínil Arnold van Krevelen a v roce 1960 se můžeme dočíst o podobných pacientech i v Jugoslávii a Československu.

V roce 1967 zažilo město Adelaide v srpnu první konferenci o autistickém dítěti s názvem „Autismus léčený zítra, bádáný dnes“. Název skrýval snahu se o poruše zatím dozvědět co nejvíce a vytvořit kvalitní informační a diagnostickou základnu, než bude přistoupeno k hledání dalších prostředků léčby.<sup>11</sup>

Ve stejném roce je v Leningradu uveřejněn dlouhodobý a podrobný výzkum 44 případů časného autismu, který v závěru shrnuje poruchu mimo jiné jako zvláštní psychickou nezralost vázanou na organické poškození mozku<sup>12</sup>

Léčebným otázkám se věnoval institut Max-Planck v Mnichově, který pořádal vzdělávací kurzy pro pracovníky ve zdravotnictví, pedagogice a pěstouny. Jako výchovnou metodu doporučoval operativní podmiňování založené na zesilování odměn.

Abychom nezmiňovali ve spojení s dějinami nahlížení na pervazivní vývojové poruchy jen zahraniční autory, nesmíme zapomenout na prof. Karla Herforta, narozeného roku 1781,

---

<sup>9</sup> ATTWOOD, Tony. *Aspergerův syndrom: porucha sociálních vztahů a komunikace*. Vyd. 1. Překlad Dagmar Břejlová. Praha: Portál, 2005, 203 s. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-717-8979-8, str. 16

<sup>10</sup> NESNÍDALOVÁ, Růžena. *Extrémní osamělost*. 2., opravené a doplněné vyd. Praha: Portál, 1995, 163 p. Speciální pedagogika (1994). ISBN 80-717-8024-3, str. 19

<sup>11</sup> NESNÍDALOVÁ, Růžena. *Extrémní osamělost*. 2., opravené a doplněné vyd. Praha: Portál, 1995, 163 p. Speciální pedagogika (1994). ISBN 80-717-8024-3, str. 14

<sup>12</sup> NESNÍDALOVÁ, Růžena. *Extrémní osamělost*. 2., opravené a doplněné vyd. Praha: Portál, 1995, 163 p. Speciální pedagogika (1994). ISBN 80-717-8024-3, str. 20

který se stal zakladatelem dětské psychopatologie. Aktuálnímu zájmu o autistické děti v České republice předcházela dlouholetá péče o děti se smyslovými vadami, deformitami a vrozenou slabomyslností.<sup>13</sup> Z českého a slovenského jazyka bylo přeloženo celkem 18 odborných prací.

V 90. letech 20. století je Aspergerův syndrom zařazován jako druh autismu, pervazivní vývojové poruchy. Vyvstává všeobecný zájem o jeho výzkum, vznikají společnosti sdružující odborníky a rodiče postižených dětí.

V současné době se od tohoto pojetí odhlíží a diagnóza AS se stává pouze dílčí kategorií poruch autistického spektra s vlastními diagnostickými kritérii. Považuje se za mnohem rozšířenější než klasický autismus v pojetí doktora Kanner, a některé publikace dokonce uvádějí, že ho lze diagnostikovat i u dětí, u kterých by takového diagnostického kritéria doposud nikomu nepřišlo na mysl. Pokud se opět podíváme do minulosti, zjistíme, že svých diagnostických kritérií se nedržel striktně ani profesor Kanner. Několikrát průběžně zhodnotil vývoj svých zkušeností, a když svojí práci po třiceti letech uzavírá, klade všem na srdce hlavně multidisciplinární přístup.<sup>14</sup>

### 3.3. Vymezení terminologie

Termín doktora Aspergera autistická psychopatie se dnes již neužívá. Zajímavé je ale jeho vymezení, protože autismus jako takový při vnímání náplně slova zabřednul už do mnohých sfér, i tam, kam původně namířeno neměl. Před zmateným používáním termínu „autismus“ varoval i Arnold van Krevelen, ředitel pedologické kliniky Curium v Oegstgeestu v Holandsku.<sup>15</sup> V roce 1957 na mezinárodním kongresu v Curychu žádal, aby byla dodržována Kannerova kritéria při diagnostice časného dětského autismu. Jako vhodný navrhuje název Autismus Infantum a pro druh psychopatie s autistickými projevy Authopatia. Jako tehdejší nejvýznamnější pracovník, šéfredaktor mezinárodního časopisu Acta Paedopsychiatria a prezident 5. Mezinárodního kongresu dětské psychiatrie má na takové

---

<sup>13</sup> NESNÍDALOVÁ, Růžena. *Extrémní osamělost*. 2., opravené a doplněné vyd. Praha: Portál, 1995, 163 p. Speciální pedagogika (1994). ISBN 80-717-8024-3, str. 143

<sup>14</sup> NESNÍDALOVÁ, Růžena. *Extrémní osamělost*. 2., opravené a doplněné vyd. Praha: Portál, 1995, 163 p. Speciální pedagogika (1994). ISBN 80-717-8024-3, str. 20

<sup>15</sup> NESNÍDALOVÁ, Růžena. *Extrémní osamělost*. 2., opravené a doplněné vyd. Praha: Portál, 1995, 163 p. Speciální pedagogika (1994). ISBN 80-717-8024-3, str. 138

návrhy právo. K problematice se vyjadřuje v tom směru, že pacient trpící časným dětským autismem je poškozeným autistickým psychopatem.<sup>16</sup>

Abychom pochopili a správně vymezili autistickou psychopatii, je vhodné vymezit „pseudoautistické příznaky“, které podle MUDr. Nesnídalové nacházíme v dnešní době mnohem častěji nejen u dětí, ale i u dospělých. Tyto příznaky jsou shodné s extrémní osamělostí pervazivních vývojových poruch, ale vyplývají z vnějších příznaků<sup>17</sup> a mladým lidem jsou svým zdůrazňováním a častým využíváním v masmediálním pojetí nabízeny zvenčí. Tato „nemoc přeindustrializované společnosti“, díky níž ztrácí její postižení kontakt se základními pocity života, má kořeny ve vnějším světě, a taktéž změny vně pacientů jí mohou ovlivnit a případně zcela odstranit. Lze jí tedy postavit do kontrastu k autistické psychopatii, se kterou se ale též setkáváme u lidí, s nimiž přicházíme běžně do styku.<sup>18</sup>

### 3.4. Teorie vzniku Aspergerova syndromu

Doktorka Nesnídalová ve své práci chápe Aspergerův syndrom – autistický rys, jako rys povahový, byť z oblasti psychopatie. Odraz vývoje osobnosti, ale modifikovaný vnějšími vlivy. Odmítá nějakou větší provázanost s biologickou stránkou, vnější vlivy zde staví do popředí. Vyzvedává myšlenku profesora Aspergera, že u autistické psychopatie dobrá inteligence umožňuje jedincům sociálně se zařadit, což vyváží i nedostatečnou sdělovací schopnost řeči. Podle profesora Aspergera jsou také autističtí psychopaté předznamenání zvenčí svými rodiči, protože ze zkušenosti zjistil, že podobné rysy mívají velice často jejich otcové.

Myšlenka, že za odklonění vývoje od normy mohou u dětí jejich rodiče, stála již na počátku vymezení poruchy. Odborná veřejnost často přicházela s předpokladem, že autistické rysy jsou nezanedbatelnou dědičnou vlohou a rodiče byli tímto tvrzením přímo či nepřímo stavěni do role viníků.<sup>19</sup> Z části to bylo způsobeno tím, že psychiatrické ošetření

---

<sup>16</sup> NESNÍDALOVÁ, Růžena. *Extrémní osamělost*. 2., opravené a doplněné vyd. Praha: Portál, 1995, 163 p. Speciální pedagogika (1994). ISBN 80-717-8024-3, str. 139

<sup>17</sup> NESNÍDALOVÁ, Růžena. *Extrémní osamělost*. 2., opravené a doplněné vyd. Praha: Portál, 1995, 163 p. Speciální pedagogika (1994). ISBN 80-717-8024-3, str. 88

<sup>18</sup> NESNÍDALOVÁ, Růžena. *Extrémní osamělost*. 2., opravené a doplněné vyd. Praha: Portál, 1995, 163 p. Speciální pedagogika (1994). ISBN 80-717-8024-3, str. 89

<sup>19</sup> NESNÍDALOVÁ, Růžena. *Extrémní osamělost*. 2., opravené a doplněné vyd. Praha: Portál, 1995, 163 p. Speciální pedagogika (1994). ISBN 80-717-8024-3, str. 90



vyhledávali hlavně rodiče dětí z vyšších společenských tříd, které si takovou léčbu mohli dovolit.

V roce 1960 publikuje Bruno Bettelheim studii *Empty Fortress* (Prázdná pevnost), ve které charakterizuje jako příčinu autismu odmítání dítěte rodiči, zejména matkou. Je přesvědčen, že tito rodiče jsou citově chladní, a ruku v ruce s převažujícím trendem léčení psychických obtíží psychoanalýzou dochází k závěru, že toto chladné chování uzavírá dítě do autistického světa. Přichází s termínem „matky ledničky“, jímž zdůrazňuje vliv matky na celý patologický proces.<sup>20</sup>

I Leo Kanner se na začátku výzkumné práce hlásil k podobnému názoru, ale později byla tato teorie nezvratně vyvrácena. Pochyby o tom, že se diagnóza rozvíjí na základě porušeného vztahu k matce, vznesl i Arnold van Krevelen<sup>21</sup>. Domníval se, že porucha je na takové povrchní vysvětlení příliš hluboká a má pravděpodobně organický původ. Ke stejným závěrům došly i mimo jiné i výsledky sledování na základě podrobného psychologického vyšetření všech rodičů dětí s diagnostikou autismu v poradně MUDr. Nesnídalové. Byť rodiče postižených dětí podobné rysy vykazují, je více než pravděpodobné, že kdyby nežili v nepřírozených podmínkách – péče o autistické dítě a všechny věci s tím spojené, jejich psychologický profil by více koreloval s normalitou.<sup>22</sup> Sledujeme u nich osobnostní autistické rysy, ale ne chlad a nezájem o dítě.

Pokud bychom celé dějiny PAS shrnuli, musíme připomenout rok 1977, kdy Americká autistická společnost publikovala první definici a na rok 1980, kdy je autismus zahrnut Americkou psychiatrickou asociací do Diagnostického a statistického manuálu, byť byla tato verze později revidována.

Autismus najdeme rovnoměrně rozložený po celém světě, rodí se s ním jedinci nehlédě na rasu, etnikum, sociální postavení či místo.<sup>23</sup>

---

<sup>20</sup> RICHMAN, Shira a Miroslava JELÍNKOVÁ. *Výchova dětí s autismem: aplikovaná behaviorální analýza*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2006, 127 s. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-736-7102-6, str. 11

<sup>21</sup> NESNÍDALOVÁ, Růžena. *Extrémní osamělost*. 2., opravené a doplněné vyd. Praha: Portál, 1995, 163 p. Speciální pedagogika (1994). ISBN 80-717-8024-3, str. 138

<sup>22</sup> NESNÍDALOVÁ, Růžena. *Extrémní osamělost*. 2., opravené a doplněné vyd. Praha: Portál, 1995, 163 p. Speciální pedagogika (1994). ISBN 80-717-8024-3, str. 91

<sup>23</sup> RICHMAN, Shira a Miroslava JELÍNKOVÁ. *Výchova dětí s autismem: aplikovaná behaviorální analýza*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2006, 127 s. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-736-7102-6, str. 11-12

### 3.5. Triáda postižení

#### 3.5.1. Porucha v oblasti sociální interakce

Už Hans Asperger charakterizoval dítě s PAS jako nezapojující se do aktivit s druhými, při nucení do skupinové hry může pociťovat až paniku. Jako by zde chyběla motivace či absence způsobu, jak si hrát.

Hlavním rysem je tedy orientace na sebe, která je dominantní i v případech, kdy se dítěti podaří se do hry zapojit – chce jí poté řídit a usměrňovat druhé. Důvodem k nezapojení do hry nejsou dostatečné schopnosti, ale touha po naprosté kontrole celého dění, která není realizovatelná.<sup>24</sup> Stejný důvod vede děti k odmítání jiných dětí, které se zajímají o jejich hru a chtějí se přidat. Jejich odmítání může vést až agresi při chránění své samoty. Dítě dobře odolává tlaku vrstevnické skupiny ohledně nejnovějších módních trendů, byť si starší děti již začínají uvědomovat jejich separaci od druhých a touží jí zvrátit.

Sociální dovednosti jsou rigidní a jakoby nerespektovala běžná pravidla chování. Jako typické můžeme vídat výstižné poznámky, které jsou ale vzhledem k situaci či všeobecné náplni nevhodné až urážející. Jako by byly totálně přehlíženy nepsaná pravidla chování.<sup>25</sup> Pokud se však zaměříme na vysvětlení pravidel společenského styku, dochází na druhou stranu k tlaku na jejich striktní dodržování, opět často použité v nevhodnou dobu či v nevhodné situaci. Proto je potřeba dbát na seznámení pravidel sociálního chování rozumovou analýzou, ne přirozenou intuicí.<sup>26</sup>

#### 3.5.2. Porucha v oblasti verbální i neverbální komunikace

V oblasti verbální komunikace nebývá významné opoždění mluvené řeči, často se setkáváme s opačným extrémem (např. dítě ve čtyřech letech počítá japonsky<sup>27</sup>). Verbální skóre je vyšší, slovník je bohatý, někdy ale velice úzce zaměřený až pedanticky

---

<sup>24</sup> ATTWOOD, Tony. *Aspergerův syndrom: porucha sociálních vztahů a komunikace*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005, 203 s. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-717-8979-8, str. 35

<sup>25</sup> ATTWOOD, Tony. *Aspergerův syndrom: porucha sociálních vztahů a komunikace*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005, 203 s. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-717-8979-8, str. 36

<sup>26</sup> ATTWOOD, Tony. *Aspergerův syndrom: porucha sociálních vztahů a komunikace*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005, 203 s. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-717-8979-8, str. 39

<sup>27</sup> [online]. [cit. 2015-05-28]. Dostupné z: <http://www.aspergeruvsyndrom.cz/o-as/pribehy-lidi-s-as/16-ve-ctyrech-letech-pocital-japonsky>

perfekcionalistický. V komunikaci bývají často obtíže, nebývá brán ohled na zájem posluchačů, nedochází k zaznamenávání nonverbálních reakcí druhé strany. Může se objevit zvláštní tón hlasu, intonace i melodie, místo debaty dochází často k prosazování vlastních témat. Specifické potíže se objevují i v porozumění jazyka, často se setkáváme s hyperrealismem, který způsobuje potíže s porozuměním metafoře, žertům, přirovnání, apod. Vše je chápáno doslovně.

Ve složce neverbální komunikace si můžeme všimnout omezeného užívání gest, neobratné řeči těla a omezené mimiky, případně je mimické vyjadřování používáno nesprávně. Někdy se můžeme setkat s ulpívavým pohledem či nesměřováním pohledu do očí komunikačního partnera.

### **3.5.3. Představivost, stereotypie**

Oblast představivosti je též výrazně ovlivněna a neméně důležitou stránkou PAS jsou stereotypie jako funkční nástroj orientace ve světě. Klient s PAS je rigidní, často se nadměrně zajímá o jednu nebo více činností a jeho zájem lze charakterizovat jako abnormální intenzitou či samotným specifickým výběrem zájmu. Lpí na navyklé rutině, případně na opakování navyklých rituálů, má odpor ke změnám obvyklých činností či v detailech osobního prostředí.

Dopad triády na běžný život může vyústit v nadměrnou úzkost, poruchy spánku, strach až fobie z různých situací, což jsou aspekty, do kterých lze vstoupit pomocí KBT a funkčně je ovlivňovat.<sup>28</sup>

---

<sup>28</sup> ATTWOOD, Tony. *Aspergerův syndrom: porucha sociálních vztahů a komunikace*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005, 203 s. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-717-8979-8, str.42

## 4. Kognitivně behaviorální teorie

### 4.1. Charakteristika KBT

KBT je především psychoterapeutickým směrem dynamickým, od svého zrodu se neustále rozvíjí a mění, byť oproti tomu názory na ní jsou i dnes rigidně setrvačné. Není to povrchní, na příznaky zaměřená teorie z doby před minimálně padesáti lety, ale psychoterapeutický směr, aktuálně rozvíjející především svojí kognitivní teorii a praxi. Behaviorální kořeny jí zůstaly, konkrétní formy chování zkoumá systematicky, měří intenzitu příznaků, apod. Aktuálně se ale hlavně zaměřuje na zkoumání a ovlivňování vnitřních psychických procesů, zkoumání toho, jak na sebe vzájemně působí a ovlivňují se kognitivní procesy a emoční prožitky. Ke změnám vnějšího prostředí, které by inicioval terapeut, sahá už minimálně, např. pouze v případě programu nácviku instrumentálních dovedností u jedinců, u kterých nelze v důsledku speciálních potřeb využít verbálního ovlivňování.<sup>29</sup>

Současná KBT tedy není zaměřena na příznaky, ale změnu a hlavně úlevu v intenzitě příznaků pokládá za ukazatel změn, ke kterým v terapii dochází. Neovlivňuje proces pouze z vnějšku, usiluje o změnu komplexní, jejímž cílem je zvýšení frustrační tolerance a zvýšení kvality života pacienta. KBT navíc ani nepopírá významný vliv nevědomých psychických procesů. Vědomé kognitivní procesy jsou pro ni základním zdrojem poznání pod nimi probíhajících obsahů nevědomých předpokladů a přesvědčení pacienta. Odmítá však, že by byl člověk nevědomým psychickým procesům vydán "napospas" a základním předpokladem úspěšné terapie je vědomé úsilí o změnu. Díky tomuto zvýšení důrazu na vnitřní kognitivní procesy se KBT výrazně přiblížila psychodynamickým směrům.

KBT se v současné době ukazuje odborné veřejnosti ve světle střízlivého, pragmatického přístupu, vyhýbá se spekulacím a nesrozumitelné terminologii. Vychází z faktů a snaží se je zpětně kriticky zkoumat. Je prokázaně účinná na velkých souborech pacientů. Její silou, ale zároveň i slabostí je to, že svůj přístup směřuje spíše cestou vědy a odklání se od tajemných pěn filosofie a umění.<sup>30</sup>

---

<sup>29</sup> MOŽNÝ, Petr. *Kognitivně-behaviorální terapie. Úvod do teorie a praxe*. 1. vyd. Praha: Triton, 1999, 304 s. ISBN 80-725-4038-6, str. 9-10

<sup>30</sup> MOŽNÝ, Petr. *Kognitivně-behaviorální terapie. Úvod do teorie a praxe*. 1. vyd. Praha: Triton, 1999, 304 s. ISBN 80-725-4038-6, str. 16

## 4.2. Historie vzniku KBT

Pokud budeme pátrat zpětně po teoretických kořenech KBT, dostaneme se až do dávné historie, minimálně do období starověkého Řecka, v jehož lůně vznikaly první teorie o tom, jak funguje lidské psyché.

Aristoteles, nejvýznamnější žák Platóna, popsal proces učení jako tvorbu asociací mezi dvěma událostmi. Zároveň určil tři principy, bez kterých by tento proces nebyl funkční, a to princip podobnosti, kontrastu a blízkého kontaktu. Tím předjímal objevy, které později rozpracoval I. P. Pavlov.

Epikuros, jiný řecký filosof, vyslovil myšlenku, že v mysli nalezneme dvě hlavní hnutí – radost a bolest. Člověk na jejich základě pak řídí svůj život; přirozeně se snaží dosáhnout radosti a vyhnout se bolesti. Na tomto základě později B. F. Skinner postavil a dále rozpracoval svou teorii operantního podmiňování.

*„Nejsou to věci samy, co nás znepokojuje, ale naše mínění o těchto věcech.“* Slova stoika Epikteta tvoří základ novodobé kognitivní terapie A. Ellise a A. T. Becka.<sup>31</sup>

Vlastní vědecké základy jsou položeny na výzkumech probíhajících od konce devatenáctého do poloviny dvacátého století. Ruský fyziolog Ivan Petrovič Pavlov na konci zmiňované epochy jako první zformuloval zákonitosti učení u živých organismů, když objevil tzv. klasické podmiňování. To můžeme charakterizovat jako učení na základě pasivního vytváření asociací mezi podněty.

KBT je založena na předpokladu, že lidské funkce jsou vzájemně propojené, což věděli i mnozí filozofové, zejména starověcí Asiaté, jako např. Gautama Buddha a Lao-c', starověcí Řekové a Římané, a další: lidé se nechávají vyvést z rovnováhy vnějšími vlivy a zároveň sami nemalou mírou přispívají ke vzniku a udržení nefunkčního myšlení a chování. Chování, emoce a kognice jsou tři neoddělitelné složky, které se navzájem ovlivňují všemi směry. Při ztrátě duševní rovnováhy procesy nabírají směr patologickou cestou, jiné vnímání situace ovlivní emoce a následně chování jedince.<sup>32</sup>

Cesta vedoucí k nápravě přeměňuje podle KBT iracionální přesvědčení na racionální, čímž zlepší zároveň emoční svět a chování. KBT je multidisciplinární, odhaluje nevědomé

---

<sup>31</sup> ELLIS, Albert a Catharine MACLAREN. *Racionálně emoční behaviorální terapie*. Praha: Portál, 2005, Spektrum (Portál). ISBN 80-717-8947-X, str. 65-71

<sup>32</sup> ELLIS, Albert a Catharine MACLAREN. *Racionálně emoční behaviorální terapie*. Praha: Portál, 2005, Spektrum (Portál). ISBN 80-717-8947-X, str. 80

motivory a obranné mechanismy stejně jako psychoanalytický směr, používá Jungův koncept sebeaktualizace, klient zažívá plné přijetí stejně jako v terapii podle Rogerse, je energicky nabádán ke změně, jako kdyby na něho působila adlerovská škola, a nakonec vypracovává domácí úkoly, zažívá desenzitizaci in vivo a operantní podmiňování, jako kdyby s ním pracovali behavioristé a skinnerovci.<sup>33</sup>

KBT vznikla v 70. letech na Britských ostrovech sloučením historicky starších přístupů, behaviorální a kognitivní terapie. Historicky starší je behaviorální terapie, která se rozvíjela v 60. letech nezávisle na sobě ve Velké Británii a v Americe. Vycházela a plynule navazovala na výsledky výzkumů experimentální psychologie z přelomu 19. a 20. století, především na prokázané vztahy mezi podnětem a reakcí.

Laboratorní výzkum zvířat byl postupně aplikován na člověka. Toto období můžeme charakterizovat jmény jako I. P. Pavlov (klasické podmiňování), 30. léta v USA např. J. Watson a 50. léta B.F. Skinner (operantní podmiňování).

Behaviorální terapie zastávala názor, že poruchy nejrozumnějšího typu jsou především naučenými reakcemi. Pokud se tedy budeme řídit experimentálně zjištěnými zákony učení, stejně jako bylo možné se určitému nežádoucímu chování naučit, lze je přeučit na vhodnější formu chování. Změna této koncepce je dosažena změnou chování vedenou z vnějšku, nedochází k zaměření se na změnu emocí nebo myšlení.

Později bylo prokázáno, že takto pojatá terapie je účinná pouze na některé poruchy. Od 60. let 20. století do celého procesu vstoupily dvě významné změny ve vývoji experimentální psychologie. Jedním z nich bylo zpracování sociálních aspektů učení a druhým vypuknutí tzv. kognitivní revoluce; pozornost se přesunula na subjektivní zkušenosti konkrétního jedince.

Kognitivní terapie se rozvíjela hlavně v 70. letech v USA, kdy se středem zkoumání staly poznávací procesy jedince, jeho myšlení a později hlavně postoje. Podobně jako se behaviorální terapie zaměřuje primárně na analýzu a následnou změnu vnějšího chování, zaměřuje se kognitivní terapie směrem dovnitř, na modifikaci názorů a přesvědčení.<sup>34</sup>

---

<sup>33</sup> PRAŠKO, Ján, Petr MOŽNÝ a Miloš ŠLEPECKÝ. *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch*. Praha: Triton, 2007, 1063 s. ISBN 978-807-2548-651, str. 78

<sup>34</sup> PRAŠKO, Ján, Petr MOŽNÝ a Miloš ŠLEPECKÝ. *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch*. Praha: Triton, 2007, 1063 s. ISBN 978-807-2548-651, str. 55-63

"Organismus nereaguje primárně na své okolí, ale na mentální reprezentaci svého okolí."<sup>35</sup>

Jednu z nejúčinnějších strategií kognitivní terapie nazvali tehdejší terapeuti po antickém mysliteli jako "sokratovský dialog". V přísně logicky vedeném rozhovoru směřují k jádru věci, což vede k nečekanému osvětlení problému.

Přímým předchůdcem kognitivní terapie je uváděn Albert Ellis, který vedl své pacienty k tomu, aby v diskuzi přímo napadali vlastní iracionální falešná přesvědčení.<sup>36</sup>

Albert Ellis, zakladatel Racionálně emoční behaviorální terapie (REBT), byl klasickým psychoanalytikem až do roku 1953. Šest let prováděl se svými klienty psychoanalytickou terapii, ale jak sám uvádí, kromě toho, že jim pomohl pochopit psychodynamické aspekty jejich problémů, úlevu jim to nepřineslo. Autodestruktivní aspekty jejich chování se nezmírnily, chápali a porozuměli tomu, proč se jim stávají věci, které je ničí, ale nebyli schopni najít jinou cestu, která by jim postupně pomohla změnit emoce i patologické chování.

Eliss se postupně v terapii vrátil ke svým předpsychoanalytickým technikám, začal klientům zadávat domácí úkoly a více je motivovat k aktivitě. Zejména u sociálně fobických klientů došlo k výraznému zlepšení v krátké době. Před tím sice měli výborný vhled do kořenů svých potíží, ale nedařilo se jim ho použít v reálném životě. Eliss udává, že během pár týdnů desenzibilizace in vivo a interpersonálního výcviku pokročilo mnohem dále než po víc než jednom roku psychoanalýzy. Došel tedy k závěru, že tradiční pojetí vzhledu do problémů nepřinese trvalou a hlubokou změnu. Neukazuje klientům ani to, proč přišly o duševní rovnováhu, jakým mechanismem a proč si v paměti stále udržují bolesti minulosti, a jaké procesy probíhají, aby jim tuto patologickou nerovnováhu udržely či ještě dokonce prohloubily.

Albert Eliss pracoval na terapeutické teorii v letech 1953-1955, kdy v lednu přišel s ABC teorií emoční nerovnováhy. Tato teorie se výrazně lišila od všech metod, běžně používaných v těchto letech, i když kognitivní pojetí psychoterapie nebylo úplně nové. Jeho zformování nacházíme již na počátku 20. let perem Pierra Janeta, Paula Duboise a Alfreda Adlera. Je však posléze zastíněno populárními psychodynamickými přístupy. 31. srpna 1956 na kongresu

---

<sup>35</sup> MOŽNÝ, Petr. Kognitivně-behaviorální terapie. Úvod do teorie a praxe. 1. vyd. Praha: Triton, 1999, ISBN 80-725-4038-6, str. 14-18

<sup>36</sup> ELLIS, Albert a Catharine MACLAREN. *Racionálně emoční behaviorální terapie*. Praha: Portál, 2005, Spektrum (Portál). ISBN 80-717-8947-X, str. 112

Americké psychologické společnosti v Chicagu prezentoval Eliss Racionálně emoční behaviorální terapii jako vysoce aktivní, direktivní, konfrontační a prožitkovou terapii.

A. T. Beck, další osobnost, stojící u zrodu kognitivní terapie, vytvořil teorii deprese. Podle Becka zkušenost formule u pacientů tzv. kognitivní schémata, rigidní, absolutní, nepodmíněné názory na sebe, svět a budoucnost.<sup>37</sup>

Ke splynutí obou směrů došlo koncem 70.ých let ve Velké Británii a v dalším desetiletí se KBT aktivně rozvíjela. Behaviorální směr KBT obohatil o důraz na empirické ověřování nových teorií a prokazování účinnosti již používaných. Kognitivní terapie v KBT zanechala zájem o zkoumání a měření mentálních proměnných. Behaviorální terapie poskytla metodu a kognitivní doplnila zase obsah terapie o další sledované aspekty. Vnikl nový terapeutický směr s heterózním efektem - účinnější, než oba "rodičovské" směry, ze kterých vychází.<sup>38</sup>

V České republice se kognitivně behaviorální terapie začala rozvíjet až po roce 1991, kdy byla založena Česká společnost KBT a kdy začal probíhat první, tehdy dvouletý výcvik v KBT. O dva roky později, v roce 1993, byl v Praze založen Institut KBT, který vedl MUDr. J. Zbytovský a PhDr. J. Kaněrová, a který poskytuje psychoterapeutický výcvik až do současné doby.<sup>39</sup>

## **4.3. Metody KBT**

### **4.3.1. Motivace a vztah**

Prvním a nejdůležitějším krokem, než se v KBT terapii terapeut dostane s klientem někam dále, je zapojení pacienta do terapie samotné a jeho motivace k další spolupráci. Mezi hlavní motivační faktory patří vybudování kvalitního terapeutického vztahu, který bychom mohli charakterizovat jako důvěrný a plně respektující. Terapeut musí být empaticky naslouchající, jeho chování musí být kongruentní, vřelé a neodsuzující chování pacienta. Je potřeba v pacientovi vzbudit naději, že změna k lepšímu je možná, což je nejčastěji dosahováno edukací o možnostech léčby. Pokud je edukace provedena kvalitně, klientova

<sup>37</sup> ELLIS, Albert a Catharine MACLAREN. *Racionálně emoční behaviorální terapie*. Praha: Portál, 2005. Spektrum (Portál). ISBN 80-717-8947-X, str. 165-167

<sup>38</sup> PRAŠKO, Ján, Petr MOŽNÝ a Miloš ŠLEPECKÝ. *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch*. Praha: Triton, 2007, 1063 s. ISBN 978-807-2548-651, str. 167

<sup>39</sup> ústní sdělení MUDr. Zbytovského (ordinace psychiatrie, K Sokolovně 309, Hradec Králové), 1. 9. 2014



důvěra k léčbě se zvyšuje, současně s tím to má vliv i na jeho naději v lepší zítřky a tím pádem je ovlivněna i motivace.

Seriózní a nosný pracovní vztah začíná stanovením problémů a cíle, tzv. stanovením terapeutické zakázky. Spolupráci můžeme charakterizovat jako společný projekt, k úspěchu může vést pouze společné úsilí, nelze čekat zázrak, který způsobí terapeut.<sup>40</sup>

#### **4.3.2. Behaviorální metody**

Lze je charakterizovat jako terapeutické metody, vedoucí k ovlivnění zjevného chování a tělesných příznaků.

K metodám, které ovlivňují tělesné příznaky, patří nácvik svalové relaxace a nácvik zklidňující dýchání.

Mezi metody vztahující se k ovlivnění zjevného chování patří expozice, sledování a plánování činnosti, vytváření nových způsobů chování a měření způsobů chování již existujících.<sup>41</sup>

Díky nácviku relaxace se pacienti mohou sami přesvědčit, že mohou příznaky napětí sami ovlivnit a mít je pod kontrolou. Způsobů nácviku relaxace je celá řada. Je potřeba ale klást důraz na to, že tuto dovednost člověk ovládne pouze opakovaným cvičením, jeho cílem je zvládnout relaxovat v běžných denních činnostech a hlavně v situacích napětí a úzkosti. Pro potřeby KBT se nejčastěji využívá Östova aplikovaná relaxace. Většina studií uvádí, že není možné se celý program kvalitně naučit za méně než sedm sezení.

Úzkost sestává ze tří složek, a to z fyziologické reakce, kdy se např. zvyšuje tepová frekvence, jedinec cítí napětí ve svalech, více se potí. Dále ze změn v chování, kdy se jako dominantní objeví vyhýbavé chování, snaha utéci, a z myšlenkových změn (nastupují negativní myšlenky typu „Určitě se mi udělá špatně“ apod.). Poměr těchto složek bývá individuální, ale lze vysledovat bludný kruh, který vytvoří. Nejobvyklejší schéma začíná fyziologickou reakcí (začne tlouct rychle a silně srdce), což vyvolá negativní myšlenku („Omdlím, už je to tady!“), která zpětně ještě fyziologickou reakci vystupňuje (intenzivním strachem tepová frekvence ještě zrychlí a přidají se další příznaky). Z bludného kruhu ven

<sup>40</sup> ústní sdělení MUDr. Zbytovského (ordinace psychiatrie, K Sokolovně 309, Hradec Králové), 1. 9. 2014

<sup>41</sup> PRAŠKO, Ján, Petr MOŽNÝ a Miloš ŠLEPECKÝ. *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2007, 1063 s. ISBN 978-807-2548-651, str. 64-71

vede jednoduchá cesta, kdy se lze zaměřit na fyziologickou reakci, ještě než dosáhne svého maxima. Po nácviku je možné úzkost zvládnout během cca 30 ti vteřin. Je ale nutné umět rozeznat první varovné signály nastupující úzkosti, proto je vhodné, aby se pacienti na toto téma zaměřovali a případně si vedli záznamy úzkostných epizod (jaký první příznak pocítili, apod.).<sup>42</sup>

Schopnost úspěšně kontrolovat dýchání je složeno ze dvou částí nácviku. Ze složky kognitivní, kdy se pacient seznamuje s významem nesprávného dýchání při vzniku úzkostného záchvatu, stejně tak s jeho potenciálem, který dokáže úzkost významně snížit, pokud se dýchá správně. Behaviorální složka nácviku zase pacientovi ukáže, že kontrola dýchání sama o sobě dokáže příznaky úzkosti odstranit.

Na zvládnutí záchvatů paniky s hyperventilací je ještě účinnější kontrola dechu a tělesné vyjádření napětí, naučené přes interoreceptivní expozici. Pacient si bude v doprovodu terapeuta uměle vyvolávat usilovnou hyperventilací tělesné příznaky panického záchvatu a naučí se je kontrolovaným dýcháním s vyjádřením tělesného napětí zvládnout. Při opakovaných expozicích budou postupně tělesné příznaky slábnout a stejně tak zeslábnou i při spontánních záchvatech paniky.

Negativní přesvědčení pacienta udržují v chovu všechny formy vyhýbavého a zabezpečujícího chování. U vyhýbavého chování rozlišujeme tři typy:

1. pacient se vyhýbá konkrétním situacím (např. situace, kdy má pacient pocit, že je daleko od pomoci, nedostane se k němu včas lékař, situace, kdy se pacient cítí ohrožen, např. v přítomnosti cizích lidí, v dopravním prostředku, apod.)
2. pacient se vyhýbá činností, ve kterých hrozí, že se objeví obávané tělesné pocity (např. při tělesné námaze, v sociálním kontaktu, apod.)
3. pacient použije vyhýbavou strategii v okamžiku objevení s příznaku<sup>43</sup>

Cílem terapie je motivovat pacienta k tomu, aby se opět věnoval tomu, čemu se intenzivně vyhýbá, protože jen tak může v doprovodu terapeuta zjistit, zda se dostaví to, čeho se celou dobu tak obává. Takovému nácviku říkáme expozice.

---

<sup>42</sup> PRAŠKO, Ján, Petr MOŽNÝ a Miloš ŠLEPECKÝ. *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch*. Praha: Triton, 2007, 1063 s. ISBN 978-807-2548-651, str. 189-191

<sup>43</sup> PRAŠKO, Ján, Petr MOŽNÝ a Miloš ŠLEPECKÝ. *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch*. Praha: Triton, 2007, 1063 s. ISBN 978-807-2548-651, str. 246-255

Expozici plánujeme nejčastěji v odstupňování. Pacient si sestaví hierarchii situací, kterých se obává a k dalšímu kroku pacienta vyzveme až v případě, kdy spolehlivě zvládl ten předešlý. Obecně uvažujeme tak, že by úzkost měla klesnout na polovinu intenzity oproti začátku, aby bylo možné uvažovat o postupu k dalšímu kroku. Smyslem expozice je zvládat obávané situace se stále menší úzkostí, s větší odvahou, která se přenesení i do jiných oblastí života.

Expozice v představách je nejjednodušší formou, probíhá vystavením se obávané situaci ve fantazii. Využití má široké, pacient si např. představuje prožitek reálné situace, která ho děsí. Prožívá uvolnění představ, kterým se vyhýbá potlačováním např. po traumatu. Po opakovaných expozicích v představách slábne emoční a vegetativní doprovod, až postupně vymizí.

Další druhem a fází expozice je expozice interoceptivní. Pacient se vystavuje tělesným podnětům, které v něm vyvolávají paniku, a považuje je za ohrožení života. Nejznámější technikou je v tomto případě hyperventilace, kdy pacient prožívá a uvědomuje si příznaky enormní úzkosti a učí se jí ovlivňovat.

V expozici *in vivo* se pacient učí zvládnout situaci, které se obává, v reálném prostředí „na živo“. S terapeutem si naplánuje postupné kroky, které budou mít zvyšující se obtížnost. K dalšímu kroku pacient postoupí ve chvíli, kdy bezpečně zvládl ten předchozí. Pacient musí bezpečně chápat proces, který bude absolvovat, aby expozici nechápal jako utrpení (pohládím si pavouka, apod.). Stejně tak musí být vybaven informacemi, jak vypadá křivka úzkosti a z čeho se skládá.<sup>44</sup>

Senzibilační fáze je čas po reakci na podnět. Velmi rychle zde míra úzkosti vzrůstá na úroveň pocíťovanou jako extrémně nepříjemnou až nesnesitelnou. Pokud pacient v této fázi expozici přeruší, je odměněn poklesem úzkosti, ale příště bude reakce stejně silná, ne-li silnější. Navíc je celý proces doprovázen pocitem selhání a výčitkami. Když vytrvá, úzkost přejde do fáze habituace, kdy je prožívána stejně silně, prožívání se již nezhoršuje. Je to vrchol křivky, který je různě plochý v čase. Někdy trvá pár minut, v extrémních případech jsou minut desítky, pokud habituaci prodlužují přidružené úzkostné automatické myšlenky. Poté ale ve všech případech nastává desenzibilizace – pokles úzkosti na únosnou míru.

---

<sup>44</sup> PRAŠKO, Ján, Petr MOŽNÝ a Miloš ŠLEPECKÝ. *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch*. Praha: Triton, 2007, 1063 s. ISBN 978-807-2548-651, str. 290-301

Pokud se pacient obávaným situacím nevyhýbá a vystavuje se jim, doba nástupu fáze habituace se zkracuje a křivka úzkosti není tak strmá. Postupně klesá, až téměř vymizí. Jsou dokonce i situace, kdy pacientovi stačí pouhá jedna expozice ke zvládnutí problému.<sup>45</sup>

Speciální modifikací expozice je zaplavení. Pacient souhlasí a je srozuměn s tím, že se hned na poprvé vystaví nejvíce obávané situaci. Expozice zaplavením trvá tak dlouho, dokud nedojde k vymizení úzkosti a pocitu diskomfortu. Zaplavení bývá velice účinné, ale je potřeba pacienta výrazně motivovat, aby expozici v záchvatu silné úzkosti nepřerušil.

Další velice důležitou behaviorální metodou i ve vztahu ke klientům s PAS jsou metody vytvoření nového chování, které využíváme ve chvíli, kdy se pacient chová v nějakém sociálním kontextu nepřiměřeně či nevhodně. Buď z důvodu nedostatku dovedností, kdy se nikdy nenaučil, jak se v situaci chovat přiměřeně a vhodně, nebo z důvodu nedostatku v provedení, kdy mu v korektním chování něco brání, např. úzkost.

Nejjednodušším a nejrychlejším způsobem je nápodoba - učení podle vzoru. Osoba, jejích chování slouží jako vzor, označujeme jako „model“. Nejčastěji jím je terapeut, přičemž důležitým faktorem pro funkčnost výše uvedeného procesu je vztah k pacientovi. Přátelský a empatický model lépe motivuje pacienta k nápodobě.

Metoda formování spočívá ve výběru chování z repertoáru pacienta, které se aspoň přibližuje požadovanému chování. To poté systematicky zpevňujeme a posléze přidáme nějakou další dovednost (např. oční kontakt). Tato metoda se často používá u pacientů s PAS, stejně jako metoda řetězení. Ta spočívá v osvojení si toho, jak potřebné dovednosti uplatnit ve správném pořadí.

Hraní rolí je nejrozšířenější behaviorální metodou v terapii a často se používá i u pacientů s PAS.<sup>46</sup> Velice dobře díky ní lze analyzovat pacientovo chování v určité situaci (předvede, nebude vyprávět průběh) a stejně tak se dobře hodí k nácviku vhodných dovedností. Je základem u intervence při nácviku sociálních dovedností a asertivního chování. Pacient může být ještě před hraním rolí v pozici diváka, kdy situaci přehrává model – terapeut, a všímá si konkrétních prvků chování (usmál se, udržuje oční kontakt, apod.). Důležitým postupem je obrácení rolí, kdy pacient přehrává druhou osobu (např. svojí ženu) a snaží se pochopit, jak svým chováním na druhé působí.

---

<sup>45</sup> PRAŠKO, Ján, Petr MOŽNÝ a Miloš ŠLEPECKÝ. *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch*. Praha: Triton, 2007, 1063 s. ISBN 978-807-2548-651, str. 305

<sup>46</sup> *Play therapy* [online]. [cit. 2016-06-28]. Dostupné z: <http://www.autismconnecticut.org/play-therapy>

### 4.3.3. Kognitivní metody

Učení můžeme definovat jako relativně trvalou změnu chování, která vyplývá z nácviku. Učení rozdělujeme podle složitosti celého schématu do více druhů. Nejjednodušší formou je habituace, prosté zvyknutí si na podnět, který pro nás nemá vážné následky. Dalším stupněm je klasické a operantní podmiňování; přičemž podmiňování je procesem, kdy dochází ke spojení původně neutrálního podnětu s dalším podnětem, na základě toho, že se oba pravidelně opakovaně spojují.

Klasické podmiňování je jednodušší. Při něm dochází k nácviku toho, že jedna událost následuje po druhé. Operantní podmiňování je proces složitější, lze ho charakterizovat jako nácvik chování. Organismus zjišťuje, že pokud se bude chovat určitým způsobem, bude následovat konkrétní důsledek. Nejsložitější formou celého procesu učení je učení komplexní, kdy dochází k vytváření mentální map prostředí a strategií, jak v něm fungovat.<sup>47</sup>

### 4.3.4. Mentální mapy a kognitivní schémata

Základní a stěžejní technikou při KBT terapii je práce se schématy. S myšlenkovými – kognitivními schématy, což jsou jakési struktury, do nichž jsou nakonfigurovány vzpomínky a zkušenosti. Umožňují člověku vnímat svět jednodušeji, rychleji se v něm orientovat, jsou jakýmsi filtrem, šablonou, která umožňuje si na situaci předem utvořit názor a porozumět jí.<sup>48</sup> Každý jedinec má jiné vzpomínky a tudíž vyvozuje ze situací jiné závěry, což je určeno i tím, jak konkrétně emoce prožívá.

Schémata jsou vzorce stabilní a trvalé, velice špatně modifikovatelné. Sestávají ze vzpomínek, které jsou při aktivaci prožívány tělesnými pocity, kognicemi, a pokud se aktivují, tak také silnými emocemi. Ve většině případů jsou schémata funkční a usnadňují jedinci fungování ve světě. V opačném případě dysfunkce jsou v rozporu se skutečností a svojí nelogičností a extrémní excitací brání člověku např. v dosažení cílů a spokojeném fungování, mohou přinášet problémy v emočním prožívání, apod.

---

<sup>47</sup> PRAŠKO, Ján, Petr MOŽNÝ a Miloš ŠLEPECKÝ. *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2007, 1063 s. ISBN 978-807-2548-651, str. 19

<sup>48</sup> LIŠKA, Roman. *<http://www.kbt-praha.cz/>* [online]. [cit. 2015-03-04]. Dostupné z: <http://www.kbt-praha.cz/news/jak-pracujeme-s-nasimi-schematy/>

Schémata jsou většinou vytvořena v raném dětství jako důsledek negativních zkušeností a dále se posilují dalšími zkušenostmi, které ověřují jejich platnost. Jsou velice špatně ovlivnitelné analýzou či logickými operacemi.<sup>49</sup>

Pojem „kognitivní schéma“ poprvé použil Jean Piaget, švýcarský psycholog. Schéma vysvětluje v souvislosti s dětmi. Dítě – malý badatel, si vytváří při kontaktu se světem své pracovní teorie o tom, jak funguje. Každou novou událost se dítě snaží do hotového schématu začlenit, což Piaget označuje jako asimilaci = zahrnování do schématu, které se zatím osvědčilo. Pokud nový objekt či událost do pracovní teorie nezapadá, dítě pak schéma modifikuje a reviduje. Je přizpůsobeno nové situaci, došlo k procesu akomodace.

Pokud je proces asimilace maladaptivně narušen, jedná se o vliv kognitivních omylů, což jsou chyby logického myšlení, kterých se dopouští každý člověk. K selhání dojde tehdy, když se rigidně opakují, jedinec je považuje za přesvědčivé a vyvolávají v něm silné negativní emoce. Typické kognitivní omyly jsou např. nadměrné zevšeobecňování, bagatelizace, čtení myšlenek, apod.<sup>50</sup>

Později jsou kognitivní schémata rozšířená ještě o jádrová přesvědčení a negativní automatické myšlenky. Automatické myšlenky jako takové jsou hojné, nesnadno identifikovatelné kognitivní produkty podléhající zkreslení. Je-li člověk v depresi, jsou negativní.

Jádrová přesvědčení jsou „semínky“, z kterých vyrůstají schémata. Jsou bezpodmínečná, explicitně vyjádřená, např. „*jsem neschopný, jsem k ničemu*“. Lze diskutovat o míře stability automatických myšlenek, ale čím níže se postupuje v terapii směrem k jádrovým přesvědčením, tím jsou rigidnější.<sup>51</sup>

KBT předpokládá, že naše schopnost metakognice – schopnosti přemýšlet o přemýšlení, nám pomůže změnit maladaptivní způsoby myšlení a chování.

V terapii je důležité nejprve zmapovat a popsat jádrová schémata. Když se to podaří, zaměříme se na to, jak se promítají do myšlenek, emocí a chování klienta. Jaká si jejich vlivem zvolil kompenzační strategie, jak ovlivňují jeho život. Hlavními tématy terapie jsou opakující se témata rozhovorů, zaznamenávání logických chyb v myšlenkách, všeobecné

<sup>49</sup> LIŠKA, Roman. <http://www.kbt-praha.cz/> [online]. [cit. 2015-03-04]. Dostupné z: <http://www.kbt-praha.cz/news/jak-pracujeme-s-nasimi-schematy/>

<sup>50</sup> PRAŠKO, Ján, Petr MOŽNÝ a Miloš ŠLEPECKÝ. *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch*. Praha: Triton, 2007, 1063 s. ISBN 978-807-2548-651, str. 256-261

<sup>51</sup> PRAŠKO, Ján, Petr MOŽNÝ a Miloš ŠLEPECKÝ. *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch*. Praha: Triton, 2007, 1063 s. ISBN 978-807-2548-651, str. 270

hodnocení sebe i druhých, nálady neodpovídající situaci, ve které se vynořily, případně jejich radikální bezdůvodná změna. KBT využívá v terapii rozbor automatických myšlenek a kognitivních omylů.<sup>52</sup>

Důležitou technikou při hledání schémat je tzv. metoda padajícího šípu, řetězení významů, při níž dochází k opakovanému pokládání otázek typu „*A co to znamená o Vás?*“, „*Co je na tom nejhoršího?*“, apod. Tímto způsobem se terapeut dostává pod automatické myšlenky a snaží se dobrat pravidla, které řídí nejen tuto konkrétní situaci, ale i život klienta. Pokud se podaří takové pravidlo zachytit, lze ho blíže zkoumat a ověřovat jeho platnost. Nejjednodušší je to s automatickými myšlenkami, jádrová schémata nebývají verbalizována.<sup>53</sup>

Dalším krokem je kognitivní testování. Klient hledá v realitě důkazy pro a proti, zvažuje výhody a nevýhody, vyhodnocuje pravdivost či přehnanost. v další fázi společně s terapeutem hledá modifikace dysfunkčních přesvědčení, které zachovávají výhody původního předpokladu, ale díky nimž se podaří eliminovat nevýhody.

Posledním krokem je naplánování a vyzkoušení nových způsobů chování, které vychází z modifikovaných schémat.

Terapeut pomáhá klientovi pochopit, že jeho globální, rigidní, hluboce uložené postoje jsou naučené, souvisejí s nepříjemnými životními zkušenostmi, nejsou pravdou o něm, o druhých nebo o světě.

Kognitivní rekonstrukcí dochází k testování automatických myšlenek, dál postupuje terapeut metodou kognitivní restrukturalizace, kdy jde více do hloubky a pomáhá klientovi měnit jádrová přesvědčení za funkčnější a odpovídající více realitě. V tom je velice nápomocný tzv. sokratovský dialog, terapeut nabádá klienta, aby se stal „vědeckým pozorovatelem“ sebe sama a svým prožitků. Důraz je kladen na kognitivní omyly, postupně se modifikují jádrová přesvědčení a schémata.<sup>54</sup>

---

<sup>52</sup> PRAŠKO, Ján, Petr MOŽNÝ a Miloš ŠLEPECKÝ. *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch*. Praha: Triton, 2007, 1063 s. ISBN 978-807-2548-651, str. 198-201

<sup>53</sup> LIŠKA, Roman. *Http://www.kbt-praha.cz/* [online]. [cit. 2015-03-04]. Dostupné z: <http://www.kbt-praha.cz/news/jak-pracujeme-s-nasimi-schematy/>

<sup>54</sup> PRAŠKO, Ján, Petr MOŽNÝ a Miloš ŠLEPECKÝ. *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch*. Praha: Triton, 2007, 1063 s. ISBN 978-807-2548-651, str. 265-278

#### 4.3.5. Behaviorální experiment

Nejpoužívanější strategií při řešení maladaptivních podmíněných přesvědčení jsou behaviorální experimenty. Pod pojmem behaviorální experiment se skrývá silné prožitkové cvičení realizované v realitě mimo běžná sezení. Úkolem takového experimentu je otestovat platnost přesvědčení v reálném světě.

V podstatě se jedná o to, že klient na základě svých pravidel předpoví budoucnost a pak má za úkol shromažďovat data o výsledcích. Následně s podporou důkazů vycházejících z reality své předpovědi odmítne nebo je podpoří. Sám klient vidí, do jaké míry jsou jeho pravidla a předpovědi oprávněné.

Behaviorální experiment je empirickým nástrojem k ověření platnosti a užitečnosti myšlenek a jejich dopadů na chování klienta. Pokud klient vyvrátí negativní zkušenost prostřednictvím experimentu, jeho chování bude mít obrovský potenciál ke změně.<sup>55</sup>

Behaviorální experimenty naplňujeme postupně a k jejich zaznamenávání používáme formuláře. Na začátku vytvoříme na starém jádrovém schématu hypotézu, vycházející z automatické myšlenky, např. „Pokud neodvedu práci na 100%, ostatní poznají, že jsem k ničemu“. V dalším kroku tuto myšlenku přepracujeme technikou kognitivní restrukturalizace, vyhledáme v realitě všechna fakta, svědčící pro a proti zformulované hypotéze a vytvoříme alternativní vyváženou myšlenku, např. „Mnoho lidí často neodvádí práci na 100% a přesto jsou velmi schopní“.

Dalším krokem je naplánování konkrétního experimentu, který danou hypotézu potvrdí nebo vyvrátí. Výsledek experimentu zaznamenáváme a zformulujeme závěry.<sup>56</sup>

#### 4.4. Využití KBT u AS

Účinnost KBT byla v posledním desetiletí prokázána u panické poruchy, sociální fobie, hypochondrie, deprese, generalizované úzkostné poruchy, agorafobie. Už existují i první studie, které ukazují, že je KBT účinná i u akutních psychotických příznaků, které jsou

---

<sup>55</sup> PRAŠKO, Ján, Petr MOŽNÝ a Miloš ŠLEPECKÝ. *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch*. Praha: Triton, 2007, 1063 s. ISBN 978-807-2548-651, str. 25-29

<sup>56</sup> PRAŠKO, Ján, Petr MOŽNÝ a Miloš ŠLEPECKÝ. *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2007, 1063 s. ISBN 978-807-2548-651, str. 32-41



bez odezvy na medikaci, v léčbě chronického únavového syndromu či poruch příjmu potravy.<sup>57</sup>

V šedesátých letech 20. století se dětem s diagnózou autismu věnoval Ivar Lovaas. Během individuálních terapií využíval spíše než psychoanalýzu modifikaci chování a aplikovanou behaviorální analýzu. Převratné bylo publikování jeho výsledků v roce 1974, kdy z jeho devatenácti klientů po absolvování terapie devět z nich dosáhlo úrovně zdravých dětí.<sup>58</sup>

V podmínkách našeho tématu se stejně tak vyjadřuje i nejvýznamnější instituce, pracující s klienty s PAS - NAUTIS. Kognitivně behaviorální terapii považuje za jednu z nejúčinnějších metod při práci s klienty<sup>59</sup>. KBT se u klientů s poruchami autistického spektra zaměřuje hlavně na zvládání stavů úzkosti a s tím korelující obtíže v oblasti sociálních dovedností.

Případová studie uveřejněná v Cognitive and Behavioral Practice zaznamenala využití KBT při léčbě úzkosti a sociální fobie dospělého člověka s PAS. Výsledky ukázaly, že 14-ti týdenní terapie úspěšně snížila úzkostnou symptomatologii a komorbidní depresi. Mimo to bylo zaznamenáno zlepšení sociálních dovedností, hlavně očního kontaktu a konverzačních schopností.<sup>60</sup>

Výsledky zahraničních výzkumů ukazují nácvik sociálních dovedností jako velice účinný obzvláště pro dospívající jedince.<sup>61</sup>

V roce 2009 byla zveřejněna randomizovaná kontrolovaná studie, která se zabývala využitím kognitivně behaviorální terapie k léčbě úzkosti u dětí s PAS. Studie testovala využití KBT rozšířenou o nácvik sociálních a adaptivních dovedností, neboť se vycházelo s předpokladu, že jejich nezvládnutí by mohlo představovat při léčbě úzkosti překážku. U mladých lidí s PAS jsou s úzkostí spojeny deficity v oblasti sociální interakce, problémy v komunikaci, stereotypní chování a omezení zájmů. Tyto symptomy jsou v této skupině lidí mnohem častější než u většinové populace. Pokud jsou přítomny, výrazně zhoršují sociální deficity mladých lidí s PAS.

---

<sup>57</sup> PRAŠKO, Ján, Petr MOŽNÝ a Miloš ŠLEPECKÝ. *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2007, 1063 s. ISBN 978-807-2548-651, str. 56-71

<sup>58</sup> RICHMAN, Shira a Miroslava JELÍNKOVÁ. *Výchova dětí s autismem: aplikovaná behaviorální analýza*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2006, 127 s. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-736-7102-6, str. 11

<sup>59</sup> [online]. [cit. 2014-09-22]. Dostupné z: <http://www.apla.cz/metody-prace/obsah/stanoviska-apla/metody-prace/prace-s-dysfunkcnimi-kognitivnimi-schematy-u-lidi-s-aspergerovym-syndromem>

<sup>60</sup> *Cognitive and behavioral practice*. 11. New York, N.Y.: Association for Advancement of Behavior Therapy, 1994, 2004(11). ISSN 10777229 str. 75-81

<sup>61</sup> ATTWOOD, Tony. *Aspergerův syndrom: porucha sociálních vztahů a komunikace*. Vyd. 1. Překlad Dagmar Brejlová. Praha: Portál, 2005, 203 s. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-717-8979-8, str. 53

Studie se účastnilo 40 dětí ve věku od 7-10 let. Vybrané děti musely splnit kritérium diagnostikované PAS a zároveň úzkostné poruchy na základě nezávislého hodnocení, a verbální IQ nad 70 bodů.

Děti byly náhodně rozděleny do dvou skupin. První skupina měla za úkol absolvovat 16 KBT sezení. Druhá byla zařazena do 3 měsíčního pořadníku. Terapeuti pracovali s celými rodinami individuálně. Během sezení se kladl důraz na behaviorální experimenty a spolupráci mezi rodiči a školou.

Rodiče měli sezení zaměřené na podporu dětí v sociálních interakcích a komunikačních dovednostech s využitím pozitivního posilování. Děti měly jako součást sezení behaviorální experimenty – nácvik zvládání dovedností v terapeutickém prostředí a následný nácvik v reálných životních situacích. Sezení se zaměřovala na individuální problémy každého dítěte. Důraz byl kladen hlavně na sociální dovednosti týkající se navazování a udržování přátelství, sociální akceptovatelnost a nácvik svépomoci. Trénovaly se vhodné způsoby, jak vstoupit do interakce a udržet konverzaci. Nácvik sociálních dovedností probíhal programem mentorování. Svěpomoc byla nacvičována motivující koncepcí a analýzy úkolů, kdy děti rozčleňovaly obtížné úkoly na menší kroky a plánovaly jejich postupné zvládání.

Metoda byla hodnocena strukturovanými diagnostickými rozhovory a rodiče a děti vyplňovali škálující dotazníky úzkostných symptomů před zahájením terapie a po ní.

Výsledkem bylo 78,5% účastníků z terapeutické skupiny, kteří vykazovali pozitivní reakci na léčbu ve srovnání s 8,7% účastníků zařazených na čekací listině. Na závěr studie uvádí, že nosným prvkem v léčbě dětí s PAS jsou behaviorální experimenty, kognitivní restrukturalizace a pečlivá strukturace KBT terapie. Úzkostná porucha je podle autorů u dětí s PAS díky kognitivně behaviorální terapii zvládnutelná.<sup>62</sup>

---

<sup>62</sup> *The Journal of child psychology and psychiatry and allied disciplines: official organ of the Association of child psychology and psychiatry.* Oxford: Pergamon Press, 1960, 2009(3). ISSN 00219630, str. 224-234

## 5. Výzkumná část

Jako cíl výzkumné části práce jsme si stanovili představit aplikaci metody kognitivně – behaviorální terapie (KBT) u osoby s Aspergerovým syndromem. Přestože je KBT v České republice zmiňována organizacemi pracujícími s klienty s PAS jako jedna z neúčinnějších metod díky své jasné struktuře a zaměřením na úlevu od příznaků, jen málo zástupců odborné veřejnosti ví o této terapeutické technice něco konkrétnějšího.

Aplikace metody bude představena v rámci případové studie dospělého klienta s Aspergerovým syndromem.

### 5.1. Metodologie a metody

Ve své práci jsem využila metodu kvalitativního výzkumu. Vzhledem k tomu, že jsem se rozhodla zkoumat využití KBT ve formě individuálních terapeutických sezení u klienta s AS, volila jsem strategii případové studie.

### 5.2. Kvalitativní výzkum

Podstatou kvalitativního výzkumu je velmi široký sběr dat, ale na jehož začátku nejsou stanoveny základní proměnné. Stejně tak ani hypotézy nejsou stanoveny předem a výzkumný projekt není založený a závislý na teorii, kterou již předtím někdo vytvořil. Jde o to prozkoumat velmi široký jev a podat o něm co největší množství informací. Způsob kvalitativního výzkumu je induktivní, což znamená, že nejprve po nasbírání velkého množství dat začíná výzkumník pátrat po pravidelnostech, které se v těchto datech vyskytují. Závěrem zkoumání je formulování nové teorie nebo hypotézy.<sup>63</sup>

Kvalitativní výzkum se neomezuje pouze na vybrané proměnné, pole zůstává velmi otevřené a výzkumník až v průběhu zjišťuje, jaký význam zkoumané proměnné mají a jak se navzájem ovlivňují. Výzkumník je zároveň i účastníkem. Neexistuje nezávislý účastník,

---

<sup>63</sup> ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007, 377 s. ISBN 978-80-7367-313-0, str. 334

protože ten je součástí sociálních, psychologických, finančních a dalších vazeb a neexistuje tu zcela nezávislý výzkum.<sup>64</sup>

Osobní vztah s účastníky výzkumu je důležitým a základním předpokladem úspěchu. Žádný výzkumník není bez předsudků a nezatížený svými zkušenostmi a osobní historií. Vědec a věda mají svá omezení tam, kde můžou omezit nebo poškodit účastníky proti své vůli. Právo vědět a objevovat není povýšeno nad jiná práva.<sup>65</sup>

### **5.2.1. Případová studie**

Jako svou výzkumnou strategii jsme zvolili případovou studii. Smyslem případové studie je velmi podrobné zkoumání a následné porozumění zkoumanému případu. Je velmi důležité, aby výzkumník nahlížel na každý zkoumaný aspekt jako na součást nějakého celku a ne jako na samostatnou část. Tato komplexnost vede k rozkrývání a vysvětlování vztahů mezi těmito aspekty a dochází tak k vysvětlení podstaty případu. Podstatné je, že v případové studii vždy badatel usiluje o komplexní porozumění případu v jeho přirozeném prostředí. Zároveň se badatel snaží využít všech dostupných metod sběru dat a veškerých zdrojů. Musí se opravdu nasbírat velké množství dat a informací, aby mohl badatel interpretovat interakci mezi případem a okolím.<sup>66</sup>

---

<sup>64</sup> HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005, 407 s. ISBN 80-736-7040-2, str. 408

<sup>65</sup> MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006, 332 s. ISBN 80-247-1362-4, str. 336

<sup>66</sup> ŠVARČÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007, 377 s. ISBN 978-80-7367-313-0, str. 321-323

## 6. Případová studie – Jakub a KBT

Případovou studii jsem zpracovala pod vedením MUDr. Zbytovského – svého supervizora a vedoucího psychoterapeutického výcviku v Institutu KBT Hradec Králové, jehož jsem účastníkem. Informace jsou nashromážděné s respektováním zákona 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, a jsou systematizované s ohledem na obecné supervizní požadavky.

### 1. údaje o pacientovi

*Pohlaví: muž Jakub B*

*Věk: 32let*

*Stav: svobodný*

### 2. rodina

*Matka 51let, samoživitelka, již v důchodovém věku, před tím úřednice*

*Otec udáván jako neznámý, s rodinou žije celou dobu ještě babička 72let, s dcerou Jakuba vychovaly*

### 3. vzdělání

*magisterské, aktuálně doktorant na katedře jazyků*

### 4. ekonomická aktivita

*menší úvazek na katedře, pomocná vědecká síla*

---

### Souhrn:

Jakub vyhledává pomoc psychoterapeuta z důvodu kumulujících se problémů v zaměstnání a vyvrcholení celé situace, které je pro něj již neúnosná. Jakubovi je 32let, v období puberty mu byl diagnostikován Aspergerův syndrom. Pracuje jako vědecký pracovník na katedře jazyků, na zkrácený úvazek.

Jeho problémy začaly gradovat již vloni, kdy z důvodu nesplnění pracovních povinností musela katedra změnit dokonce několik interních pravidel hodnocení pracovníků, aby mu nemusela dát výpověď. Letošní semestr má ještě méně práce – má za úkol pouze dvě eseje, ale ani ty za půl roku nebyl schopen zpracovat a odevzdat. Marně bojuje s prokrastinací a panickými atakami. Aktuálně mu opět hrozí výpověď, paradoxně několik málo měsíců před ukončením doktorátu a celého grantu.

Poslední měsíce mu je fyzicky špatně, bojí se vycházet z domu, protože má pocit, že již není schopen kontaktu s cizími lidmi, s kterými měl vždy problémy. Ze situace nevidí východisko, nikdo mu nerozumí, cítí se na dně.<sup>67</sup>

### **Současné problémy:**

- permanentní úzkost z pracovních problémů, strach z výpovědi
- zoufalství, že se mu nepodaří nahromaděné problémy již nikdy vyřešit
- panické ataky, strach z toho, že zešílí (už nedokáže ani vycházet z bytu)

### **Cíle:**

- intervenovat v otázce zaměstnání a aktuálních pracovních povinností
- nácvik sociálních dovedností
- naučit se zvládat náhlý, paralyzující strach a panickou ataku
- odbourání permanentní úzkosti během dne

### **Terapeutické zhodnocení:**

Jakub si je vědom svých potíží a je motivovaný vyzkoušet cokoli, aby se mu ulevilo od úzkostných stavů. Po edukaci zjišťuje, že i z důvodu jeho diagnózy Aspergerova syndromu mu kognitivně – behaviorální přístup velice vyhovuje a spatřuje v něm naději. Souhlasí s individuální psychoterapií a edukací.

### **Stanovení a vymezení konkrétního problému a cíle v individuální psychoterapii:**

#### **Definice problému:**

---

<sup>67</sup> podle ústního sdělení MUDr. Zbytovského (ordinace psychiatrie, K Sokolovně 309, Hradec Králové), dne 20. 9. 2014

Pacient přichází s problémem silné úzkosti ze sociálního kontaktu, což se později rozšířilo i na jeho pracovní povinnosti.

*Konkrétně: Blíží se termín odevzdání eseje, při myšlence na kritické datum se Jakubovi udělá špatně, cítí fyzické příznaky, není schopen nic dělat, má pocit na zhroucení.*

### **Behaviorální analýza:**

### *Popis poslední události*

**A**

**B**

Záchvat úzkosti

**Myšlenky:** Zase to nezvládám!

při myšlence na obávaný podnět

**Fyzické faktory:** Bušení srdce, dušení, pot

**Emoce:** Úzkost a strach

**Chování:** Zhroucení, nemůže pracovat, ruminace ANM

### **Modifikující faktory:**

- horší to je, když mám více volna a jsem doma
- horší to je, když mám nějakou činnost, kdy se ničím nezabývám (televize, spánek)
- horší je to postupem času – je to čím dál tím horší
- + lepší to bývalo, když jsem měl pravidelnou výuku a hodně práce
- + lepší to je během semestru, když se mi podařilo někam chodit pravidelně a nevynechat
- + lepší to je, když se mi podaří s někým bez problémů promluvit, neselhat

### **Funkční analýza:**

Každý problém, se kterým pacient přichází do terapie, má svůj vnitřní mechanismus. I když se to zdá bizarní, vždy se dá najít „klíč“, kterým je chování udržováno v chodu. Patologie systému má nevědomý přínos.

Jakub se k jádru problému dopracuje díky svému nadhledu rychle sám.

Strach z kontaktu se spolužáky vede k pocitu bezmoci, zoufalství, vysokému napětí a sebeobviňování. Problém se postupně rozrůstá a začíná zasahovat do všech oblastí života pacienta. Z důvodu vyhýbání se povinností a kontaktu s cizími lidmi, které sice přinese rychlou a krátkodobou úlevu, hrozí reálné vyloučení ze studia a zaměstnání. Zvyšuje se

úzkostná tenze a zoufalství, negativní sebehodnocení. Přecitlivělost a napětí způsobuje, že se v každém dalším kontaktu cítí ještě hůře, má pocit, že ho všichni pozorují a že znají jeho potíže. Vyhýbavé chování vede k tomu, že se utvrzuje v pocitu, že opět zklame, nezvládne situaci s interakcí, nemůže si vyzkoušet, že by to mohlo být jinak. Když se vyhne nějaké povinnosti, během dne na to neustále myslí, obviňuje se, cítí stud.

Už informace, že jeho problémy graduji v době, kdy by měl doktorát skončit, poukazuje na jádro problému – jak by Váš život vypadal bez problému, s kterým přicházíte? Skončil by studium, opustil by bezpečné prostředí akademického světa, musel by se pustit do náročné životní situace, kterou je hledání zaměstnání, a pokud by ho našel a začal plnohodnotně vydělávat, matka by tlačila na to, aby se odstěhoval....<sup>68</sup>

---

<sup>68</sup> podle ústního sdělení MUDr. Zbytovského (ordinace psychiatrie, K Sokolovně 309, Hradec Králové), dne 27. 10. 2014



## 6.1. Poprvé v psychoterapeutické ordinaci

Jakub přichází na minutu přesně. Je to kultivovaný mladý muž, formálně oblečený. Silně se potí, není mu po vizuálním zhodnocení evidentně moc dobře. Verbálně se vyjadřuje potichu, nesměle.

Formální uvítání je zakončeno dotazem, s jakým problémem přichází. Terapeut Jakuba vyzve, aby se pokusil zformulovat potíže svými slovy a vysvětlit je. Jakub je zamlklý, je na něm vidět, že pochybuje, zda to byl dobrý nápad vyzkoušet psychoterapii, ale snaží se svěřit v rámci mezí, které jsou pro něj únosné. Jako akutní vnímá svůj problém s prokrastinací.

Jelikož jsou v současné době registrované desítky psychoterapeutických směrů, přistupuje terapeut nejdříve ke krátkému seznámení s psychoterapeutickým pojetím, které nabízí. Jakub se dozví, co to vůbec je kognitivně – behaviorální terapie, a na jakém principu pracuje, aby mohl zvážit, zda je pro něj intervence touto cestou vyhovující.

Během prvního sezení je také Jakub seznámen s tím, že jeho problém není ničím výjimečný a pokud bude mít dostatečnou motivaci, je zvládnutelný průběžně během deseti sezení.<sup>69</sup>

Na začátku je nutné pečlivě všechny problémy prozkoumat, roztrždit podle nutné intervence a naplánovat společně průběh spolupráce. Úzkost způsobuje mimo jiné to, že představa potíží je nesrozumitelná, mlhavá a dorůstá vlivem strachu do nesnesitelných rozměrů.

Cílem KBT je naučit se řešit problémy systematicky. Ne systémem pokus-omyl, který se v běžném životě používá nejčastěji. Postupujeme v jednotlivých krocích, postupně a přehledně:

1. Výběr problému z několika problémových oblastí
2. Konkretizace problému
3. Burza nápadů („brainstorming“) vhodných řešení
4. Zhodnocení výhod a nevýhod jednotlivých řešení
5. Volba řešení
6. Plán – konkrétní kroky (Kdo, Co, Kdy, Kde apod.)

---

<sup>69</sup> podle ústního sdělení MUDr. Zbytovského (ordinace psychiatrie, K Sokolovně 309, Hradec Králové), dne 14. 10. 2014

7. Uskutečnění plánu
8. Zhodnocení + odměny

#### **6.1.1. Společná tvorba „zakázky“**

Po tom, co se Jakub dozvěděl, jakým způsobem KBT terapie probíhá a jak by mu mohla pomoci, přistupuje terapeut k vysvětlení „zakázky“. Společně vytvořené smlouvy či konceptu, na čem bude s Jakubem pracovat. Stanovení cíle. Reálného bodu, formulovaného pozitivně, u kterého lze během terapie říci, zda se mu společně přibližují či nikoliv, a zda je potřeba systém terapeutické práce případně poopravit. Cíl, o kterém bude možné o skončení terapie říci, že se ho povedlo dosáhnout a je možné přejít k řešení dalšího problému. Zakázka pomáhá terapii ukotvovat, držet naplánovaný směr, protože se často stává, že pacienti přijdou s velkým množstvím do sebe propletených problémů.

Jakub je vyzván, aby se nebál a zkusil svojí terapeutickou zakázku navrhnout. Během jeho volně plynoucích nápadů, pokud pomineme prvotní intervenci prokrastinačních problémů, padl např. návrh zakázky: „Už nikdy se nechci nikdy bát ve společnosti.“, což společně s terapeutem vyhodnotili jako nereálný cíl. Terapeut není všemocným kouzelníkem, nedokáže udělat, aby se Jakub už nikdy nebál. Ale může mu pomoci se bát méně či osvojit techniky, které mu pomůžou se strachu postavit.

Po brainstormingu terapeut zkontroluje, že Jakub pojetí zakázky chápe. Souhlasí s návrhem, že bude do příště uvažovat o nějaké reálné zakázce, která pro něj bude autentická jako jeho aktuálně nejdůležitější problém, a bude formulována dosažitelně, např. „Chci se naučit zvládat úzkostné stavy v pracovním prostředí.“, apod. S terapeutem hned dohodli termín dalšího setkání.

Jakub vypadá na konci sezení mnohem lépe. Na dotaz, jak se cítí, odpovídá, že se mu přestalo bušit srdce. Připadal si se svými problémy opuštěný, ulevilo se mu, že je spousta dalších klientů s podobnými potížemi. Tím, že terapii rozumí a připadá mu logická, roste v něm důvěra, že se mu povede problémy zvládnout.<sup>70</sup>

---

<sup>70</sup> podle ústního sdělení MUDr. Zbytovského (ordinace psychiatrie, K Sokolovně 309, Hradec Králové), dne 14. 10. 2014

## 6.2. Začínáme – sběr anamnestických údajů a dohoda o zakázce

Jakub se rozhodl po zvážení, jakým způsobem pracuje KBT, v terapii pokračovat už na prvním sezení. Na další setkání s terapeutem se připravil, uvažoval o zakázce, kterou pro něho bude mít. Cítil se již v jeho společnosti lépe a souhlasil s anamnestickým rozhovorem.

Narodil se přirozeně, matce bylo 35let, otec od rodiny krátce potom odešel. Maminka ho vychovávala ho společně se svojí matkou, Jakubovou babičkou. Jeho dětství charakterizují podle Jakuba obě jako trochu jiné - byl „svůj“. Chytrý chlapec, rigidní, pokud nebylo po jeho, hůře zvladatelný a těžko se dostával zpět do normálního naladění. Od tří let sám čte, od dětství se zajímal o jazyky a vlajky. Během povinné školní docházky prospíval dobře, nikdy však neměl bližší přátelé. Matka se ho snažila hlásit do kroužků a na tábory, nutila ho se změnit a vystoupit z vlastního světa lingvistiky, ale marně. Jeho neúspěchy a odpor brala jako naschvály a odmítala jeho argumenty, že je z jejího snažení zoufalý. Celá situace vyvrcholila návštěvami pedagogicko-psychologické poradny a následnou diagnostikou poruchy autistického spektra. Jakub na to vzpomíná s úlevou. Matčino snažení pokleslo pro něj na únosnou mez, cítil, že konečně zná příčinu toho, že věci chápe jinak. Považuje se za „jiný druh“.

Poté pokračoval studiem na vysoké škole v Olomouci. Vystudoval germanistiku, anglo-amerikanistiku a později ještě polonistiku. Na vysoké se cítí lépe, jeho jednostranný zájem zde není brán negativně, ze začátku prospíval dobře a studium ho bavilo. Problémy se nahromadily během doktorátu. Bez pravidelných návštěv přednášek se začíná na katedře cítit špatně (nedokáže konkrétněji pojmenovat). Má strach vyhledávat výzkumné vedoucí, nedodržuje termíny, protože se nedokáže dohodnout na průběhu výzkumu. Problémy se rychle zhoršují, strachy se k nim už nedokáže vracet, bojí se i otevírat e-maily.<sup>71</sup>

Z terapie má zatím dobrý pocit. Poprvé po mnoha měsících dokázat udělat zadaný úkol. Nad terapeutickou zakázkou přemýšlel, přinesl si blok s formulovanými návrhy. Cítí, že by to mohl s pomocí zvládnout.

Jako zakázku si přeje s terapeutem pracovat na tom, aby dokázal zlepšit svojí aktuální pracovní situaci a neparalyzovala ho úzkost. To cítí jako autentické.

---

<sup>71</sup> podle ústního sdělení MUDr. Zbytovského (ordinace psychiatrie, K Sokolovně 309, Hradec Králové), dne 1. 11. 2014

*Stanovení terapeutického cíle – zakázky: Chci si umět poradit s pracovními problémy, které ve mně vzbuzují paralyzující úzkost.*<sup>72</sup>

Ke KBT patří neodmyslitelně i přesah z terapie do osobního světa pacienta, a to domácí úkoly. Ten Jakubův zní: Připravit si na příště poslední situaci, ve které se objevil problém. Moci jí verbálně popsat.

### **6.3. Seznámení s funkční analýzou a další KBT edukace**

Na dalším setkání čeká Jakuba chvíle edukace. Terapeut mu vysvětluje KBT model úzkosti a mechanismy, které ho drží v chodu.

Každé chování je udržováno v chodu jakýmsi motorem. Aspektem, který je odměnou; věcí, kterou z celého konceptu dění jedinec dostává a proto chování opakuje. Pokud se podíváme na model úzkosti, odměnou z celé situace je její rychlý pokles nehledě na následky v realitě. Úzkost má klasickou průběhovou křivku – postupně narůstá, má vrchol, který není nekonečný a dříve nebo později začne klesat. Podléhá procesu habituace, přivykáním a vystavováním se úzkostným situacím dochází k poklesu úzkostné křivky, zkrácení jejího vrcholu a v konečné fázi k enormnímu snížení až odeznění. Na druhou stranu je úzkost velice zrádná. Rychle se její zaměření rozšiřuje na další a další před tím neutrální podněty, a při častém vyhýbání rapidně vzrůstá, má zaplavující charakter, např. člověk se bojí pohledu na velké pavouky, poté se mu dělá nevolno i z běžných volně žijících druhů, pak nesnese ani pohled v televizi, mentální představu, ...

A jak je to v případě Jakuba? Má za úkol stát se v terapii „vědcem“. Vystoupit ze situace a podívat se na ní očima seriózního přístupu.

### **6.4. Čím to začalo...**

Jakub vypráví, že si naposledy vzpomíná na oslavu doktorátu, kterou uspořádali jeho spolužáci. Ačkoliv na podobné akce nechodí, účastnil se jí. Cítil se tam špatně, měl pocit, že se na něj všichni dívají. Několikrát někomu ve snaze účastnit se konverzace skočil nevhodně

---

<sup>72</sup> podle ústního sdělení MUDr. Zbytovského (ordinace psychiatrie, K Sokolovně 309, Hradec Králové), dne 1. 11. 2014

do řeči. Cítil se opuštěný, rozrušený, a posléze se zpocený vytratil. Hned na chodbě se mu rychle ulevilo, uvědomil si našťavaně, že doma sám je nejspokojenější, v bezpečí. Už nikdy nikam nepůjde.

Poté nastoupil jako doktorand a pomocný vědecký pracovník. Před první schůzkou na katedře po oslavě se mu dělalo nevolno už večer. Nemohl spát, mravenčily mu končetiny, bušilo mu srdce. Na katedře se cítil špatně, ačkoliv splnil úkoly toho dne, ulevilo se mu, když se bez oběda vydal rychle domů. Další schůzku měl až za dva týdny a v podobných intervalech pokračoval celý semestr. Tenhle systém mu nevyhovoval, sám od sebe se na katedru nevydal, stav úzkosti se zhoršoval. Od té doby se víc neviděl ani se spolužáky, strach z kontaktu se zhoršil. Pokud byl v minulosti v podobné situaci, zpětně si uvědomuje, že se mu jí povedlo zvládnout jen tím, že byl ve třídě denně a úzkost časem a zvykem poklesla.

Terapeut z toho vybírá důležité body a vysvětluje Jakubovi model úzkosti. Úzkost je udržována několika základními mechanismy. Starosti slouží jako způsob či záminka k vyhnutí se negativním afektům. Starosti z nepravděpodobného odvádějí pozornost od reálného, na jehož řešení nezbyvá kapacita.

Na celou záležitost je potřeba se dívat multidisciplinárně. Z biologického pohledu nám může způsobovat potíže vegetativní reaktivita spojená s nárůstem tonu sympatiku, vyplavování katecholaminů či metabolitů nonadrenalinu, aj. Každá úzkost má svojí specifickou pozorovatelnou křivku. Nějak začíná, poté graduje, vrchol nebývá moc dlouhý, ale je intenzivní. Pokud z úzkosti člověk neuteče, může pozorovat její postupný pokles. Jakubovi je vysvětlen i proces habituace.

Toto zjištění mu samo o sobě přináší úlevu. Zapisuje si to a chce si o tom doma přechíst více. To, že věci nefungují nebo pracují trochu jinak, není zapříčiněno jen jeho selháním, je to i věc fyziologických reakcí. Zaujal ho jeho úkol stát se vědcem. Je rozhodnutý pozorovat své reakce při představě situace, která mu činí problémy. Jak rychle mu začne být špatně, jak dlouho to bude trvat, apod. Má rád ve věcech pořádek, chce si pořádit sešity na deník a záznamy. Po tomto plánování se cítí mnohem lépe, má pocit naděje, že situace půjde vyřešit, když se pojme vědecky a uspořádá se do přehledného systému. Necítí se již neohraničeně zaplavený strachem.<sup>73</sup>

***A (atecenden – spouštěč) – B (behaviour – chování a zároveň belief - přesvědčení) –  
C (consequence – důsledek)***

---

<sup>73</sup> podle ústního sdělení MUDr. Zbytovského (ordinace psychiatrie, K Sokolovně 309, Hradec Králové), dne 8. 11. 2014

Společnými silami sestaví KBT assesment (vyhodnocení):

- topografie úzkosti:
  - čeho se pacient bojí
  - jak často má problémy
  - jak dlouho potíže trvají
- hledání antecedentů
- kognice
- chování
- důsledky
- modifikující faktory

Jakub má za úkol představit si poslední situaci, kdy ho jeho problém přepadl a potrápil ho. Po krátkém zamyšlení vypráví, že měl za úkol dojít za svojí vedoucí a dohodnout novou esej. Vyrazil do školy. Už den před tím mu z té představy bylo nevolno, nemohl v noci spát. Cesta do školy byla horor, propířil se chodbami ke kabinetu vyučující, pronásledovaný myšlenkami, že se na něj všichni dívají a vidí, že je totálně neschopný. Před kabinetem nerozhodně stojí, a když zaslechne uvnitř rozhovor, nevydrží úzkostný tlak a prchá z útroby školy. Venku pocítuje až hysterickou úlevu, má chuť se začít smát a omlouvat to, že se zastaví jindy. Během cesty domů se mu nálada rapidně zhoršuje a objevují se výčitky svědomí nabírající na intenzitě.

Společně s terapeutem hledají odpovědi na otázky:

*Kdy naposledy se to stalo? Co se konkrétně stalo? Jaké jste měl pocity v těle? Jaké myšlenky Vám běžely hlavou? Co jste si myslel? Co jste dělal? Co se dělo pak? Je to takto vždy?*<sup>74</sup>

Jakub si uvědomuje model svého chování, který celou situaci udržuje v chodu:

- na oslavě vyzkouší pocit rychlé úlevy = odměny za provedené chování, při útěku z obávané situace; to během pravidelné školní docházky nezakusil
- úzkost se rozšíří i na činnosti, které mu před tím problémy nečinily – jen se dostavit na katedru, mluvit s vyučujícím; rychle odchází, aby se mu ulevilo, odkládá další návštěvy školy, což mu sice přináší krátkodobou rychlou úlevu, ale problémy se nabalují

---

<sup>74</sup> podle ústního sdělení MUDr. Zbytovského (ordinace psychiatrie, K Sokolovně 309, Hradec Králové), dne 15. 11. 2014

- přidává se pocit selhání, už nezvládá to, s čím bojoval celý život a zvládal to, situace se zhoršuje a je nepřehledná

Druhým bodem, který mu chce terapeut v tomto setkání vysvětlit, je model A-B-C, který se pokusí využít na poslední situaci svého problému.

A – spouštěč: *představa toho, jak bude muset jít na katedru a vstoupit do sociální interakce s vyučující*

B – chování: *začne mu bušit srdce, potí se, zrychleně dýchá, cítí diskomfort až nepříjemnou úzkost*

B – myšlenky: *zase budu k ničemu, všichni mě pozorují, zase to špatně skončí, ...*

C – důsledky:

- ✓ krátkodobé – *rychlý pokles úzkosti při vyhnutí se situaci, útěku z ní = odměna, posílení chování*
- ✓ dlouhodobé – *pocit opětovného selhání, ztráta sebevědomí, pocit utopení se v problémech*

Za domácí úkol Jakub dostane zaznamenávat situace, s kterými měl během doby mezi sezeními problém. Vést si jejich deník.<sup>75</sup>

## 6.5. Edukace o úzkosti

Na dalším setkání se Jakub společně s terapeutem vrací k tématu úzkosti a emocím všeobecně. Aby se snížila úzkost ze sociálního kontaktu, je potřeba ho propátrat – s vědeckým nadhledem prozkoumat všechny jeho složky a možné komplikace.

Jak první terapeut navrhuje otázku emocí.

Jakub dostane za úkol pojmenovat základní emoce a ke každé dát příklad ze života, kdy jí pociťoval. Má s tím obrovské potíže. Dokáže definovat pocit nepohodlí či diskomfortu, který graduje v něco ve smyslu „je mi špatně“, ale zda se v bližším zkoumání jedná o strach nebo zlost, Jakub není schopen přesně určit.

<sup>75</sup> podle ústního sdělení MUDr. Zbytovského (ordinace psychiatrie, K Sokolovně 309, Hradec Králové), dne 22. 11. 2014

Toto téma si společně dohodnou jako domácí úkol. Konkretizace emocí je nutná nejen na zlepšení sociálních dovedností, aby se sociální kontakt stal průhlednější, ale je to nutné i při technice kognitivní restrukturalizace.

Terapeut si s Jakubem dohodne bodovou škálu na měření intenzity emocí od jedné do deseti. Budou jí společně používat při vedení záznamů a na časové ose mohou pozorovat, zda bude intenzita prožívaných problémů postupně klesat. Budou mít společný indikační faktor toho, že terapie dosahuje stanoveného cíle společné zakázky.

Posledním bodem sezení je seznámení s relaxačními technikami. Jakubovi je při akutní úzkostné atace doporučena první pomoc enormním zvýšením fyzické zátěže, např. dřep na jedné noze. Překlopením emoční tenze do fyzické úzkost rychle klesne.

Hlavní pomocí je ale výběr a naučení se vhodné relaxační techniky. Terapeut klade důraz na nácvik. Stejně jako se člověk nenaučí jezdit na kole za den je potřeba i relaxaci pravidelně a dlouhodobě trénovat, než bude funkční a začne přinášet úlevu.

Jakub si vybral autogenní trénink H. Schulze, což je evropská, tradiční a nejrozšířenější tréninková relaxační metoda. Vychází z vědecky ověřených poznatků o vzájemné souvislosti mezi psychickou tenzí, funkčním stavem vegetativní nervové soustavy a svalovým napětím. Tonus kosterního svalstva lze vůlí měnit, což otevírá možnost využít záměrnou svalovou relaxaci k dosažení psychického uvolnění a dokonce i k ovlivnění orgánových funkcí řízených vegetativní nervovou soustavou. Metodu autogenního tréninku vypracoval berlínský neurolog a psychiatr J. H. Schulz (1884 – 1970) a jeho účinnost byla opakovaně výzkumně prokázána.<sup>76</sup> Jakubovi práce s dechem mu vyhovuje, má pocit, že by mu to mohlo pomoci nejúčinněji. Na konci sezení pociťuje úlevu, má pocit perspektivy.<sup>77</sup>

Domácí úkol, na kterém se s terapeutem na konci sezení dohodli:

- a. *Minimálně jednou denně nacvičovat relaxaci. Do deníku si napíše čas, kdy relaxoval a pocit, jaký z toho měl. Pokud se bude věnovat více zkoumání křivek úzkosti, může to s relaxací postupně kombinovat a sledovat pokles tenze.*
- b. *Ke každé základní emoci, kterou s terapeutem prozkoumávali, připravit příběh, kdy má pocit, že jí prožíval.*
- c. *Zůstává záznam situací, které mu činí problémy.*

---

<sup>76</sup> [online]. [cit. 2015-05-28]. Dostupné z: <http://www.autogennitrenink.cz/o-metode/>

<sup>77</sup> podle ústního sdělení MUDr. Zbytovského (ordinace psychiatrie, K Sokolovně 309, Hradec Králové), dne 3. 12. 2014



## 6.6. Automatické negativní myšlenky a behaviorální experimenty

Během dalších sezení je naplánována mimo jiné i edukace o automatických negativních myšlenkách (ANM), což je jedno ze stěžejních témat KBT.

Emoce (z lat. *e-motio*, pohnutí) jsou psychicky a sociálně konstruované procesy, zahrnující subjektivní zážitky libosti a nelibosti, provázené fyziologickými změnami (změna srdečního tepu, změna rychlosti dýchání), motorickými projevy (mimika, gestikulace), změnami pohotovosti a zaměřenosti. Hodnotí skutečnosti, události, situace a výsledky činností podle subjektivního stavu a vztahu k hodnocenému, vedou k zaujetí postoje k dané situaci.<sup>78</sup> To ve zkratce znamená, že našemu poznání určité situace, kognici, je zkušeností přiřazená emoce. Když vše funguje jak má, kognitivní proces je flexibilní; pokud se realita změní, situace dostane jinou emoční hodnotu a naopak.

Jakub se učí, že emoce není stálá. Je dobré jí přesně pojmenovat a ohodnotit, mít odstup. Nenechat se zaplavit. Má za úkol prezentovat situaci, která se mu enormně nepodařila, např. kdy se ztrapnil. Terapeut mu ukazuje, že už když si jí v myšlenkách vybírá, zhoršuje se mu nálada. Vzpomínka na takovou situaci automaticky aktivuje tehdejší emoční naladění, děje se tzv. „emoce zadarmo“. Pokud se tedy celý den budeme zabírat situacemi, které nás děsí, působí nám potíže a selháváme v nich, celý den prožijeme v enormně špatné náladě a bludný kruh se uzavře.

Jakub má poté za úkol krátce vyprávět opačnou situaci, takovou, ve které sehrál roli hrdiny. Zamyslí se a začne se mírně usmívat. Zjišťuje, že už samotné myšlenky v něm dokáží zrealizovat znatelnou změnu nálady. Vzpomíná na chvíle, kdy se mu věci podařily, a byl na sebe pyšný, cítí se mnohem lépe. Jako úkol dostane zaznamenávat si písemně podobné prožitky, udělat si deník „dobré nálady“.<sup>79</sup>

Jakub chápe, že probíhající myšlenka dokáže nezávisle na vnější realitě způsobit změnu nálady. Cestu do školy proto někdo bude prožívat jako příjemné těšení se na nové zážitky, zatímco druhý se na stejné trase bude potit strachy. Nemůžeme změnit realitu, ale můžeme ovlivnit to, jak jí budeme vnímat. Ovlivnitelné v celém procesu jsou myšlenky, které mají zároveň obrovský potenciál v tom, jak se budeme cítit.

*situace → myšlenka → emoční reakce*

<sup>78</sup> [online]. [cit. 2015-03-25]. Dostupné z: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Emoce>

<sup>79</sup> podle ústního sdělení MUDr. Zbytovského (ordinace psychiatrie, K Sokolovně 309, Hradec Králové), dne 10. 12. 2014

Automatické negativní myšlenky (ANM) jsou slova, věty nebo představy, které se dostávají do mysli spontánně během dne a člověk si je ani nemusí uvědomit. Jsou automatické. Vybavují se bez toho, že by si je pacient přál, prostě ho automaticky a nutkavě napadají. Obvykle na sebe navazují a vytvářejí katastrofické scénáře. I když jim člověk za chvíli nemusí věřit, jejich účinek na emoce může přetrvávat (viz vybavení si nějakého „trapasu“). ANM jsou zkreslené - přehánějí a vidí jen nejhorší alternativy. Jsou neužitečné. Situaci neřeší, naopak škodí, protože udržují frustraci, bezmoc, úzkost či jiné negativní emoce, vedou k rozvoji tělesných příznaků a odvádějí pozornost od konstruktivních činností. Často snižují sebevědomí. Mají negativní vliv na chování. Přestože jsou často přehnané, nebo dokonce bezdůvodné, často jim člověk plně věří. I když skutečnost výrazně zkreslují, člověk má tendenci je pokládat za fakta. Čím více jim bude dotyčný věřit a častěji se jimi zabývat, tím hůře se bude cítit. Jsou persistentní - je obtížné je odehnat nebo "vypnout" a myslet jiným způsobem.

Přesto je přínosné se s nimi zabývat – naučit se je zachytávat, zaznamenávat a podrobit je zkoumání, tzv. kognitivní restrukturalizaci.

Jakub je pozván k tomu, aby se vrátil k poslední situaci, která mu činila potíže. Může si na chvíli zavřít oči, a když začne cítit diskomfort, má za úkol zkusit zachytit nějaké ANM a vyslovit je nahlas. Terapeut je zaznamenává: *Všichni se na mě dívají, jsem k ničemu, zase to nezvládnu, ....*

Jakub chápe, co se po něm chce. Příklady myšlenek, na které se má zaměřit, mu jsou jasné. Dochází mu, že se nikdy více nezabýval tím, co mu běží hlavou. Jeho úkolem je zkusit to teď vnímat, uvědomit si, že se mu nálada nemění samovolně, ale v hlavě mu probíhá proces, do kterého bude moci později zasahovat.<sup>80</sup>

Během dalších sezení se terapeut vrací k nácviku relaxace. Jakub velice dobře spolupracuje, trénuje denně. Velice ho těší každodenní chvilka, kdy si představí obávanou situaci a z pohledu vědce s úzkostí pracuje. Nezkoumá už samotnou křivku úzkosti, ale do celého procesu vstupuje s relaxační technikou a měří, jak se zkracuje doba, za kterou se uklidní. Má pocit, že začíná mít situaci pod kontrolou, už dlouho ho nezaplavila velká míra úzkosti, ale na druhou stranu si je vědom, že se těm nejobávanějším situacím vyhýbá. Natolik ještě práci s dechem nedůvěřuje.

---

<sup>80</sup> podle ústního sdělení MUDr. Zbytovského (ordinace psychiatrie, K Sokolovně 309, Hradec Králové), dne 5. 1. 2015

Terapeut navrhuje první experiment. Zve Jakuba, aby popřemýšlel o tom, zda by si ho mohli příště vyzkoušet. Vysvětluje mu proces hyperventilace, kterým si člověk sám často zhorší nebo způsobí panickou ataku.

Hyperventilace nebo také hyperventilační syndrom znamená ve zkratce nadměrné dýchání. Zpravidla tento stav není nikterak nebezpečný, i když pacienta dokáže vyděsit. Někdy může mít člověk pocit, že se udusí či zkolabuje. Hyperventilace se projevuje zrychleným dýcháním, jehož následkem dochází ke slabosti, bušení srdce a motání hlavy. Dochází také k poklesu hladiny vápníku v krvi, což vede k brnění horních a dolních končetin. Někdy se dokonce mohou objevit křeče.

Člověk má vlivem stresu pocit ohrožení, což vyvolává prohloubené dýchání. Na jeho základě se vypudí více oxidu uhličitého z krve, následkem čehož vzniknou všechny důsledky hypoventilace, které postiženého často velmi vyděsí. V této situaci je důležité se uklidnit. Někteří lidé mají tyto záchvaty opakovaně, takže už vědí, co je čeká, a nevydělají se tolik jako při prvním záchvatu. I tak však jde o velmi nepříjemný stav.<sup>81</sup>

Hyperventilaci lze navodit v bezpečném prostředí během terapeutického setkání a lze na ní vyzkoušet, do jaké míry si pacient osvojil vybranou relaxační techniku, než se pustí do behaviorálních experimentů v reálném životě. Jakuba ta představa vydělá, ale slíbí, že o tom do příště popřemýšlí a pozvání k experimentu zváží. Jelikož tato nabídka rozvíří Jakubovy emoce, terapeut se hned chápe situace a vybízí ho, aby pojmenoval všechno, co aktuálně cítí. Zkontroluje tím domácí úkol, kdy měl Jakub trénovat pojmenování emocí u sebe a ostatních, např. na fotkách v časopisech. Má strach? Nakolik na domluvené škále? Cítí úzkost? ...<sup>82</sup>

ANM přirozeně souvisí s technikou behaviorálního experimentu a s expozicí obávaným podnětům. Při takových situacích, případně jen při představě, že by jim byl člověk vystaven, se ANM intenzivně vynořují. Dalším krokem, s kterým byl Jakub během terapie obeznámen, bylo téma behaviorálních experimentů, které jsou v KBT velice významné. Jsou funkčním nástrojem, který je výborným katalyzátorem pozitivních změn.

Expozice obávaným podnětům – technika behaviorálního experimentu, slouží k upevňování alternativního a vyváženějšího přesvědčení. Pacient si sestaví seznam podnětů a

---

<sup>81</sup> [online]. [cit. 2015-03-26]. Dostupné z: <http://www.priciny.cz/hyperventilace-priciny/>

<sup>82</sup> podle ústního sdělení MUDr. Zbytovského (ordinace psychiatrie, K Sokolovně 309, Hradec Králové), dne 12. 1. 2015

situací, kterým se kvůli svým potížím vyhýbá. Seznam hierarchicky seřadí od pro něj nejjednodušší situace a podnětu k nejobávanějšímu.

Pokud je i u nejjednoduššího naplánovaného úkolu úzkost opravdu výrazná, je možné celou expozici začít pouze v představách a opakovat to tak dlouho, dokud nebude chtít pacient přejít k experimentům v realitě, protože úzkost už dostatečně poklesla.

Tohle ale nebyl Jakubův případ. V době, kdy v terapii přistoupil k behaviorálním experimentům, za sebou měl již experiment s hyperventilací, na který byl náležitě hrdý. Překonal strach se do něj pustit. Jelikož pečlivě dělá dohodnutá domácí cvičení, velice dobře si osvojil relaxační techniku. Ověřil si, že s ní dokáže zvládnout i extrémní úzkost a strach, začal si víc věřit. Vyzkoušel také mnohokrát, že i kdyby jeho relaxace selhala, každá ataka strachu má svůj vývoj. Akceleruje, ale nikdy netrvá věčně. Vždy se dočká poklesu nepříjemných symptomů, pokud vytrvá a ze situace neuteče. Nikdy se mu nestane nic dramatického, fyzicky ho nic neohrozí.

V doprovodu terapeuta Jakub sestavuje svůj žebříček obávaných situací. Na nejnižším stupni má kontakt s úplně cizími lidmi. Čím je prostředí známější, více se ho týká, tím úzkost narůstá. Jakub má strach se ztrapnit, udělat něco, o čem si pak všichni budou vyprávět. Modifikujícím faktorem je pro něj i věk lidí, s kterými přichází do kontaktu. Nejhorší je to pro něj s vrstevníky. Pohlaví nehraje roli.<sup>83</sup>

Dohodnutý seznam situací, které mohou být využity k behaviorálním experimentům:

1. *kontakt s lidmi ve službách (obchody, apod.)*
  - a. *nejprve jen nejjednodušší, např. nakoupit a odejít*
  - b. *v další fázi vždy zakončeno nějakou poznámkou (popřání hezkého dne, pochvala oblečení, apod.)*
2. *telefonování – libovolné dotazy na infolinky, denně!*
3. *každý den se bude věnovat pracovní povinnosti*
  - a. *první týden si jen uspořádá stůl, diář, apod.; bude setrvávat v prostředí pracovních povinností a čekat, dokud úzkost neklesne*
  - b. *další týden 30min denně pracovní činnosti; zase seřadit od nejjednodušší po složitější, minimalizovat riziko, že z práce uteče, pozorovat a škálovat úzkost*

---

<sup>83</sup> podle ústního sdělení MUDr. Zbytovského (ordinace psychiatrie, K Sokolovně 309, Hradec Králové), dne 7. 2. 2014

- c. *navyšovat objem práce, dodržovat denní rutinu*
- 4. *minimálně 2x týdně se dostaví na katedru*
  - a. *nejprve jen fyzicky stráví na místě nějaký čas, vypije si kávu z automatu*
  - b. *posléze začne na chodbě pracovat na úkolech, co mu zadala katedra*
- 5. *kontakt s vedoucími vhodnou formou (osobně, e-mailem?), ujmoutí se kompletních pracovních povinností*

Behaviorální experimenty jsou neodmyslitelně spjaté s restrukturalizací ANM. Jakub sebou nosí všude deníček, kam si je zapisuje. Většinou cítí potřebu ihned si ANM protože mu to přináší rychlou úlevu a již ho to dál neobtěžuje. Prezentuje krásný příklad:

*Na katedře zakopl a spadl na schodech.*

*ANM: Všichni teď vidí, jaký jsem idiot! Věř jí v tu chvíli na 100%.*

*Fyzicky se mu udělalo téměř na omdlení, cítil se extrémně trapně, hořely mu tváře, bušilo srdce.*

*Emoce pojmenoval jako silnou úzkost, strach, cítí se trapně, na škále mají 10.*

Jakub vypráví, jak během sbírání věcí po schodišti začal relaxovaně dýchat do břicha, počítal během nádechu i výdechu, pracoval systematicky, jak si to natrénoval. Cítil, že má dost sil na to, aby neutekl. Pak si sedl na lavičku a vytáhl notes, cítil intenzivní potřebu se vypořádat s ANM *všichni teď vidí, jaký jsem idiot*, protože měl pocit, že by jinak už nemohl pokračovat v denním plánu a tenze k útěku by gradovala.<sup>84</sup>

Pustil se tedy do kognitivní rekonstrukce a hledal důkazy, které budou jeho ANM podporovat či vyvracet: Určitě není pravdivý výrok, že to vidí všichni; téměř nikdo tady není a nezaznamenal nikoho, kdo by se pozastavil nad tím, že upadl. Idiot = člověk s mentálním defektem. To, že někdo upadne na schodech, absolutně nekoreluje s jeho intelektem. Jakub má IQ nadprůměrné, několikrát mu ho měřili, má akademický titul. Nenachází nic, co by podpořilo tvrzení, že jeho nehoda na schodech nějak souvisí s jeho intelektem, a že kvůli tomu už nemůže pobývat mezi lidmi, že si to o něm všichni myslí.

Po sepsání uvedených důkazů si Jakub udělá analýzu, že jeho aktuální emoce je mírná úzkost na škále na 3, prvotní ANM věří na 30% a sestavuje si alternativní myšlenku, že když

---

<sup>84</sup> podle ústního sdělení MUDr. Zbytovského (ordinace psychiatrie, K Sokolovně 309, Hradec Králové), dne 14. 2. 2015

upadne na schodech, lidé na chodbě vidí, že měl nehodu z důvodu horší motorické koordinace, nehoda ale zároveň neříká nic o tom, jaký je člověk či jaký má intelekt. Svoji alternativní myšlenky věří na 98%, podtrhává si jí a vyrazí do útrob univerzity, aby pokračoval v naplánovaných úkolech. Cítí na sebe hrdost, že to zvládl. Má pocit, že má věci pod kontrolou.

Experimenty vzal Jakub jako osobní výzvu a pečlivě se jim věnuje. Díky svému vedení záznamů úzkosti pozoruje, jak se komplexně zlepšuje a cítí se lépe. Ve věcech má systém, cítí, že má situace pod kontrolou a pokud něco nejde podle plánu, dokáže vypracovat alternativní, aby věci zase začaly fungovat.

## 6.7. Osvojení KBT technik a odchod z terapie

Intervaly mezi terapeutickými setkáními se prodlužují. Jakub si je vědom toho, že nikdy nebudou věci úplně bez problémů a nestane se z něj nejoblíbenější extrovert školy. Ani po tom netouží, vyhovuje mu svět jazyků a systém. Během KBT terapie si osvojil techniky, které mu umožnily zvládat obávané situace. Vyzkoušel si, že pokud je bude dělat podle instrukcí a pravidelně, dostaví se úleva trvalá a např. ANM ho již nebudou obtěžovat zdaleka v takové míře, jako před tím. Cítí se výborně, po třech měsících z terapie odchází a dohodne se s terapeutem, že ho kontaktuje, pokud bude potřebovat s něčím pomoci. Zakázku **Chci si umět poradit s pracovními problémy, které ve mně vzbuzují paralyzující úzkost**, považuje za splněnou. S úsměvem dodává, že se naučil umět si poradit s problémy nejen pracovního rázu.<sup>85</sup>

---

<sup>85</sup> podle ústního sdělení MUDr. Zbytovského (ordinace psychiatrie, K Sokolovně 309, Hradec Králové), dne 21. 6. 2015

## 7. Závěr

Zaznamenáváním průběhu kognitivně – behaviorální terapie šlo vysledovat několik principů, na kterých je terapie založena, a které jsou v jejím průběhu používány. Stejně tak můžeme vyjmenovat seznam charakteristik, které vystihují poruchy autistického spektra a v závěru je porovnat.

Pro klienty s PAS je nejdůležitější struktura a přehlednost. Svět je pro ně hůře pochopitelným místem, jsou rigidní, ve věcech potřebují mít strukturu, přehlednost a pravidelnost, ať se jedná o časový plán, strukturované pracovní prostředí nebo jiný systém. Orientace v emocích, jejich prolínání, plynutí, práce s pocity je pro většinu z nich těžko dosažitelným cílem. A čemu nerozumí a nechápou to, toho se bojí, mají ze změn rychle gradující úzkost. Změny potřebují mít s dostatečnou časovou dotací, zahrnuté do časového plánu, pochopitelné. Věci nutné k fungování v majoritní společnosti musí být ověřitelně funkčně zdůvodněné, aby se je naučili používat, byť v nich nevidí smysl sám o sobě a nejsou jim vlastní.

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Struktura, přehlednost, pravidelnost</li><li>✓ Chápu, proč určité věci dělám, trénuji, apod.</li><li>✓ Respekt mého specifického časového tempa</li></ul> |
|---|

*„Pozoruj počítač, řekla mi moje teta. Počítač ve skutečnosti nepotřebuje vydávat zvuky ani dávat znamení, ale nikdo by počítač nepoužíval, kdyby nedával najevo, že komunikuje s uživatelem. Chci tím říct, že musíš druhým dávat víc znamení, Karen, musíš používat víc obličejů.“<sup>86</sup>*

KBT je od začátku terapií časově omezenou, přesně strukturovanou s přehledně rozpracovaným plánem. Je založena na spolupráci klienta s terapeutem, kdy stanovený cíl společně dosahují direktivně, v dohodnutých krocích. Nedochází k odbíhání, samovolnému plynutí nebo neočekávaným změnám. Řeší se přítomné předem dohodnuté problémy, konkrétní a ohraničené. Funkční analýzou KBT klientovi ukazuje, jaké jeho konkrétní

<sup>86</sup> [online]. [cit. 2015-06-21]. Dostupné z: <http://www.cbdb.cz/recenze-33-v-mimolidských-vecech-jsme-vsichni-autisty>

chování má důsledky, proč celý systém funguje tak, jak funguje, a vědeckými kroky ho vede ke zkoumání a plánování experimentů, co se stane, když se systém pozmění. Vše je přesně zapisováno a evidováno, z nasbíraných údajů je možné dělat grafy a průběhové křivky, systém je striktně průhledný. Pokud něco nefunguje, konceptualizací případu se opět hledá důvod a důkazy, proč se tak děje. Změny v životě jsou konkrétní, celá práce je vedena na vědecké rovině a vede k osvojení technik a edukaci, jejímž cílem je osamostatnění klienta.

- ✓ Přesná struktura terapie, přehlednost
- ✓ Společně dohodnuté kroky, konkrétní a ohraničené
- ✓ Pochopení toho, jaké má konkrétní chování důsledky
- ✓ Postupný společně naplánovaný nácvik nových dovedností

V závěru své práce mohu tedy napsat do shrnutí, že byť s ohledem na začátku zmiňovaná rizika a nedostatky, jež představuje použití kvalitativní metody případové studie, považuji KBT za vhodnou pro klienty s poruchami autistického spektra, konkrétně s AS. Alespoň v tom jediném případě přinesla klientovi úlevu od problémů, které ho trápily, a díky ní si po kontrolované edukaci osvojil nástroje, které mu případné další problémy pomohou zvládnout.

Ale je potřeba nezapomenout tu nejdůležitější věc. Abychom přes pravidla, strukturu a systém nezapomněli na jádro – člověka a jeho důstojnost, ať se s ním setkáváme v jakémkoliv jeho životním okamžiku a problému.

*„Kdybych jako náctiletá nepotkala svou tehdejší psycholožku, možná tady nestojím. Naše sezení nebyla jen systémem - tabulky, test, knižní formulace, nařízená pravidla..., chovala se ke mně jako k člověku, ... jako k člověku, který má duši.“<sup>87</sup>*

---

<sup>87</sup> [online]. [cit. 2015-06-21]. Dostupné z: <http://www.modraberuska.cz/posts/387>



## 8. Seznam použitých informačních zdrojů

### Literatura:

ATTWOOD, Tony. *Aspergerův syndrom: porucha sociálních vztahů a komunikace*. Vyd. 1. Překlad Dagmar Brejlová. Praha: Portál, 2005, 203 s. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-717-8979-8

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005, 407 s. ISBN 80-736-7040-2

*Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10 : desátá revize : aktualizovaná verze k 1. 1. 2009. 2., aktualiz. vyd.* Praha: Bomton Agency, 2008, 860 s. ISBN 978-809-0425-903

MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006, 332 s. ISBN 80-247-1362-4

ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007, 377 s. ISBN 978-80-7367-313-0

MOŽNÝ, Petr. *Kognitivně-behaviorální terapie. Úvod do teorie a praxe*. 1. vyd. Praha: Triton, 1999, 304 s. ISBN 80-725-4038-6

NESNÍDALOVÁ, Růžena. *Extrémní osamělost*. 2., opravené a doplněné vyd. Praha: Portál, 1995, 163 p. Speciální pedagogika (1994). ISBN 80-717-8024-3

PRAŠKO, Ján, Petr MOŽNÝ a Miloš ŠLEPECKÝ. *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2007, 1063 s. ISBN 978-807-2548-651

RICHMAN, Shira a Miroslava JELÍNKOVÁ. *Výchova dětí s autismem: aplikovaná behaviorální analýza*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2006, 127 s. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-736-7102-6

## **Internetové a jiné zdroje:**

Aspergerův syndrom [online]. [cit. 2015-05-28]. Dostupné z:

<http://www.aspergeruvsyndrom.cz/o-as/pribehy-lidi-s-as/16-ve-ctyrech-letech-pocital-japonsky>

Apla. Metody práce s dysfunkčními schémata u lidí s AS [online]. [cit. 2014-09-22].

Dostupné z: <http://www.apla.cz/metody-prace/obsah/stanoviska-apla/metody-prace/prace-s-dysfunkcnimi-kognitivnimi-schematy-u-lidi-s-aspergerovym-syndromem>

Autismus. Odborné články. Práce s dysfunkčními schémata [online]. [cit. 2015-11-05].

Dostupné z: <http://www.autismus.cz/odborne-clanky/pr-ce-s-dysfunkcnimi-kognitivnimi-schematy-u-lidi-s-aspergerovym-synd-2.html>

Autogenní trénink [online]. [cit. 2015-05-28]. Dostupné z: <http://www.autogennitrenink.cz/o-metode/>

Česká bibliografická databáze, recenze [online]. [cit. 2015-06-21]. Dostupné z:

<http://www.cbdb.cz/recenze-33-v-mimolidskych-vecech-jsme-vsichni-autisty>

Dobromysl [online]. [cit. 2015-06-01]. Dostupné z: <http://www.dobromysl.cz/scrips/detail.php?id=814>

Emoce [online]. [cit. 2015-03-25]. Dostupné z: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Emoce>

KBT Praha. Jak pracujeme s našimi schémata [online]. [cit. 2015-03-04]. Dostupné z:

<http://www.kbt-praha.cz/news/jak-pracujeme-s-nasimi-schematy/>

Modrá Beruška [online]. [cit. 2015-06-21]. Dostupné z:

<http://www.modraberuska.cz/posts/387>

ústní sdělení MUDr. Zbytovského (ordinace psychiatrie, K Sokolovně 309, Hradec Králové),  
1. 9. 2014 – 30. 6. 2015